# ARCHIVES INTERNATIONALES

DE

# LARYNGOLOGIE, DE RHINOLOGIE

ET

# D'OTOLOGIE

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

# ARCHIVES INTERNATIONALES

DE

# LARYNGOLOGIE, DE RHINOLOGIE

ET

# D'OTOLOGIE

FONDÉES PAR LES DOCTEURS


**A. RUAULT** ET **H. LUC**

Chef du service de la Clinique laryngologique de l'Institution nationale des Sourds-Muets.

Ancien interne des hôpitaux.


DIRECTEUR ET RÉDACTEUR EN CHEF :

**H. LUC**


COLLABORATEURS FRANÇAIS :

Professeurs BOUCHARD, CORNIL, VERNEUIL, TILLAUX,
Docteurs AUBERT (d'Alger), BROCA, BRISSAUD, CARTAZ, CHAPUT, CHATELLIER, DELPORTE, GARNAULT, GAUCHER, GELLÉ, GÉRARD MARCHANT, GOULY, JALAGUIER, JUHEL-RENOY, JURANVILLE, LE GENDRE, LEGROUX, LUBET-BARBON, MENDEL, MARFAN, MARTIN, PICQUÉ, POTIQUET TERRIER, VERCHÈRE.

COLLABORATEURS ÉTRANGERS :

Docteur LENNOX BROWNE (de Londres), Docteur CHIARI (de Vienne), Docteur BRYSON DELAVAN (de New-York), Docteur DREYFUSS (de Strasbourg), Professeur GRADENIGO (de Turin), Professeur GRUBER (de Vienne), Docteur PAUL HEYMANN (de Berlin), Professeur LEFFERTS (de New-York), Professeur MASSEI (de Naples), Docteur MAX KAHN (de Wurzbourg), Professeur MOOS (de Heidelberg), QUINTELA (Montevideo), Docteur MAX SCHEIER (de Berlin), Dr MORITZ SCHMIDT (de Francfort-sur-Mein), Professeur SCHRŒTTER (de Vienne), Docteur SOKOLOWSKI (de Varsovie), Professeur SOLIS COHEN (de Philadelphie), Docteur TAUBER (de Denner), Docteur MAX THORNER (de Cincinnati), Professeur URBANTSCHITSCH (de Vienne)



TOME VI — 1893



91610

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
BIBLIOTHÈQUE



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1893

# TABLE ANALYTIQUE


*Abcès cérébraux* (d'origine otique), 122, 177, 180, 193, 247, 248, 295, 368.
*Abcès rétro-pharyngiens*, 112, 170.
*Acide trichloracétique*, 352.
*Amygdales*. Anatomie, 237. — Cancer, 174, 243. — hypertrophie, 113, 142, 190. — lympho-sarcome, 173. — sarcome, 243, 365.
*Amygdale linguale*. Hémorrhagie, 151. — inflammation, 111, 269.
*Amygdalite aiguë*, 170.
*Amygdalotomie*, 174.
*Angine* infectieuse, 362. — pseudo-membraneuse, à pneumocoques, 294. — traitement par air goudronné, surchauffé, 294. — de Ludwig, 242, 291, 362.
*Aphonie hystérique*, 232.
*Articulation crico-aryténoïdienne* (son rhumatisme), 279.
*Attique* (traitement des suppurations de l'—), 313.
*Blennorrhée de Stœrk*, 283.
*Bouche* (ulcération tabétique de la —), 241.
*Bronche* (corps étranger), 231.
*Bulbe olfactif*, 223.
*Caisse du tympan*. Anatomie chirurgicale, 117. — chirurgie, 183. — développement, 189. — ouverture large, 176, 184.
*Cantharidate de potasse* (dans les maladies du larynx), 105.
*Céphalalgie* (dans les affections nasales), 263.
*Chant*, 310.
*Cholestéatome*, 58, 115, 176.
*Cloison nasale*. Déformations, 6, 91, 101, 143, 154, 155, 164. — périchondrite, 352, 353. — tumeurs, 155.
*Cocaïne*. Dans les maladies de l'oreille, 368.
*Conduit auditif*. Eczéma, 198. — furoncle, 212.
*Cordes vocales*. Action inverse, 321. — érythème syphilitique, 94. — hémorrhagies, 150. — kystes, 109. — nodules 107 — pachydermie, 152.
*Corps étrangers* (sensation de — supprimée par la cocaïne), 89.
*Coryza chronique*, 227.
*Craniotabes*, 230.
*Croup*, 163. — chronique, 167.
*Diapason*, 121, 251, 374.
*Diphtérie*, 96, 157, 166, 167, 171, 173, 177, 282, 239, 240, 364. — simulée, 263.
*Douche d'air nasal*, 176.
*Douche nasale*, 353.
*Enseignement* (de la laryngologie en Europe), 318.
*Épistaxis*, 156, 228. — écoulement par les points lacrymaux, 104.
*Ethmoïdal* (Empyème), 160, 355.
*Ethmoïdite*, 98, 225.
*Étrier* (extraction de l'—), 119.
*Fistules branchiales*, 239.
*Fosses nasales*. Angiomes, 226. — chancre induré, 53. — corps étrangers, 278. — fausses membranes, 96, 157, 275. — maladies, 62, 312. — microbes, 277. — ostéome, 46. — plaies par armes à feu, 161. — polypes, 160, 200, 276, 337. — rapports avec affections oculaires, 51. — suppurations, 271, 335.
*Glandes salivaires* (inflammation des—), 238.
*Glossite*, 111, 238.
*Glotte*. Œdème, 231, 279. — spasme, 288, 357.
*Hydrorrhée nasale*, 52, 93, 274.
*Jacobson* (organe de —), 206.
*Labyrinthe*, diagnostic de ses lésions, 60.
*Lampe électrique*, 351.
*Langue* (cancer de la —), 293.
*Laryngites chroniques*, 229, 357.
*Laryngite grippale*, 152.
*Laryngotomie*, 126.
*Larynx*, artificiel, 234. — cancer, 107, 108, 233. — chondrite, 163. —

corps étrangers, 110, 168, 203, 281. — extirpation, 111, 289, 358, 361. — fractures, 234, 282. — injections intra-laryngées, 233. — innervation, 162. — intubation, 55, 108, 166, 232, 279. — lupus, 229, 243. — maladies, 62.— névropathies, 123. — pachydermies, 357. — paralysies, 169, 284. — rapports avec menstruation, 56. — sarcome, 233, 360. — syphilis, 153. — tumeurs, 110, 167, 230, 235. — ulcérations typhiques, 97.

*Luette* (papillones de la —), 113.

*Massage vibratoire* de la muqueuse des voies aériennes, 224. — de l'oreille, 176.

*Mastoïde* (apophyse), carie primitive, 214. — éclairage, 297.

*Mastoïdite*, 244, 252, 301. — de Bezold, 297.

*Nerf acoustique* (caractères cliniques de ses lésions), 59.

*Nez*, autoplastie, 155. — trop libre. — 274.

*Nodules des chanteurs*, 107.

*Oreilles* (influence du traumatisme sur les —), 129, 300, 548, 372. — corps étrangers, 297. — coup de feu, 348. — eczéma, 198. — microbes, 187. — soufflet sur l'—, 300. — syphilis, 373.

*Osselets* (excision des —), 307, 373.

*Otite externe syphilitique*, 249.

*Otite hémorrhagique grippale*, 153.

*Otite moyenne suppurée*, 148, 313. — hyperostose, 370. — rétention du pus, 369. — suite d'excision de la luette, 180. — symptômes cérébraux, 122.

*Otite scléreuse* (traitement), 368.

*Otorrhée*, 148, 313.

*Ozène*, 24, 351.

*Pharynx* (douche en jet dans le —), 292. — hémorrhagies, 151. — lupus, 367. — mycosis, 151. — polype poilu, 57. — rapports avec menstruation, 56.

*Pharynx nasal*. Fibro-sarcome, 366. — polypes, 156, 293. — rapports avec l'asthme, 160. — tumeurs 156, 171, 366.

*Phénylevaïne*, 241.

*Pyémie auriculaire*, 248, 250, 252, 296, 300, 304, 305, 308, 309, 372.

*Réflexes nasaux*, 263, 266.

*Rhinite hypertrophique*, 97.

*Rocher* (résection large du —), 178.

*Shrapnell* (perforations de la membrane de —), 316.

*Sinus frontal*. Anatomie, 51, 105. — cathétérisme, 48. — empyème, 1, 144, 147, 157, 216, 227, 277, 355. — ouverture large, 355.

*Sinus latéral*. (V. pyémie auriculaire).

*Sinus maxillaire*. Corps étrangers, 275. — éclairage électrique, 156. — empyème, 49, 103, 140, 146, 155, 159, 273, 275, 228, 354, 355. — ouverture large, 355.

*Sinus sphénoïdal*. Empyème, 99, 147, 355.

*Stacke* (opération de —), 176, 184, 257, 313.

*Surdi-mutité hystérique*, 249.

*Surdité*. Rapports avec névropathie, 93. — traumatique, 372.

*Thérapeutique* dans les maladies du nez et des oreilles, 127.

*Trachée*. Corps étrangers, 110. — irrigations dans le croup, 282. — physiologie, 95 — sténoses, 280.

*Trachéotomie*, 111, 166.

*Trompe d'Eustache*, (catarrhe), 145.

*Tuberculose laryngée*, 106, 169. — dans l'enfance, 54. — de la paroi postérieure, 125. — pachydermique, 94. — rapports avec épithéliome, 107. — traitement, 149, 164, 165, 169, 189.

*Tympan*. Régénération, 117. — rupture, 153.

*Végétations adénoïdes du pharynx nasal*, 188, 237, 241, 311, 364.

*Voile du palais*. Destruction, 94. — innervation, 292. — sarcome, 114, 363. — soudure avec le pharynx, 65. — Tuberculose, 291.

# TABLE DES AUTEURS

(*Les chiffres gras indiquent les travaux originaux.*)


Audubert..... 153
Bartoli..... 311
Bates..... 372
Bates (Elliot)..... 122
Baumgarten..... 56
Bayer..... 97 108
Bean..... 52
Béclère..... 166
Behuke..... 310
Beyan..... 98
Blake (Clarence)..... 119
Bockmann..... 160
Bonnier..... 94 143
Botey (Ricardo)..... 318
Bourges..... 173
Braislin..... 180
Branthomme..... 152
Browne (Lennox)..... 243 310
Bruck..... 360
Burnett..... 248
Cadier..... 189
Carron de la Carrière..... 166
Cartaz..... **65**, 146 152
Castex..... 150
Chapoy..... 293
Chaput..... 155. 178
Chatellier..... **198**
Chauvel..... **129**
Chiari..... 109 224
Cholewa..... 48
Clutton..... 304
Cohen (Solis)..... ....361 366
Cointzer..... 57
Colin..... 190 **269**
Comby..... 230
Cornil..... 223
Coy..... 110
Cros..... 156
Dansac..... 233
Daucher..... 162
Delamarre..... 155
Delstanche..... 373
Deschamps..... 373
Dinckler..... 351
Dreyfuss..... 189 **335**
Duret..... 174
Dunn..... 155
Egidi..... 167
Eichberg..... 164
Eloy..... 170
Eulenstein..... 275
Fabre..... 294
Feilchenfeld..... 110
Février..... 177
Fliess..... **266**
Fougeray (Hamon du)..... 117
Frænkel (B)..... 253
Frèche..... 107
Fromaget..... 354
Garel..... 149 151
Gellé.. 93, **140**, 143, **211**, 273 331
Germonig..... 105
Gomperz..... 117
Goris..... 160
Grabower..... 169
Gradenigo..... 59, 121 300
Griffin..... 232
Grossmann..... 111 280
Grunert..... 369
Guelpa..... 282
Gurovitsch..... 111
Hajeck..... 114
Harrisson..... 247
Hartmann..... 51
Hecht..... 368
Hélie..... 126
Herck..... 153
Heymann (Paul)..... 106 **262**
Heymann (Th.)..... 180 300
Horsley..... 302
Hudelo..... 241
Imbert..... 156
Jaccoud..... 294
Jacquemart..... 160
Jankau..... 60
Jansen..... 355
Jarrige..... 169
Joal..... 151
Johnson (Raymond)..... 173
Johnston..... 276
Jolly..... 189
Jones..... 303 308
Jullien..... 237
Keiper..... 274
Keller..... 125
Killian..... 49
Knapp..... 297
Knight..... 232
Kœbner..... 169
Kretschmann..... 368
Kuchenbecker..... 103
Labit..... 374
Lacoarret..... 147
Lane (Arbuthnot)..... 309
Laugier..... 234
Lebec..... **46**
Lejars..... 239
Lemcke..... 283 370
Lemoine..... 249
Léo..... 288
Leredde..... 229
Lermoyez..... 159, 243 277
Lewin..... 228
Lichtwitz..... 93, 144, 157 27

Liégeois ... 170
Lienen ... 51
Lindh ... 295
Livon ... 292
Lœwenberg ... 145
Lowe (Pagan) ... 176
Lubet Barbon ... 127 **258**
Luc ... 123, **212**, **214**, **216** **337**
Lublinski ... 353
Lysper (Cahen) ... 368
Macewen ... 301
Mackensie (Hunter) ... 174
Madeuf ... 274
Major ... 155
Malbec ... 104
Malley ... 190
Marchant (Gérard) ... 250
Marfan ... 240
Martha ... 187
Martin ... **89** 156
Massei ... 55 170
Matignon ... 242 291
Maunoury ... 252
Mayer (E) ... 163
Mendel ... 249 **271**
Ménière ... **348**
Milligan ... 307 357
Moll ... 152
Montaz ... 227
Montgomerie ... 231
Moura ... 95
Moure ... 53, 110, 147 312
Natier ... 151 297
Naught ... 233
Newcomb ... 364
Nikitine ... **24**
Oertel ... 171
Onodi ... 284
Oppenheimer ... 97
Panné ... **200**
Panse ... 184
Parker ... 296
Parkin ... 305
Périer ... 358
Périgord ... 362
Perrin ... 363
Picqué ... 156 177
Pilliet ... 237
Plicque ... 54
Poinsot ... 241
Politzer ... 176
Polo ... 148
Poppert ... 289
Porcher ... 357
Potiquet ... 91, 101 188
Poyet ... 150
Quenu ... 171
Rankin ... 105
Raoult ... 316
Raugé ... 162, **206**, 227 241
Rasch ... 248
Rendu ... 238
Retterer ... 237
Revillet ... 292
Rice ... 351
Roe ... 154
Rohrer ... 58
Rossi ... 183
Roth ... 228
Ruault ... **4**, 62, 94 142
Sabrayès ... 107
Schieffer (Max) ... 99
Scheier (Max). 161, **193**, 282, 293 **321**
Schlange ... 111
Schmidt (de Stettin) ... 234
Schmiegelow ... 244
Schröder ... 352
Schrötter ... 281
Schwager ... 226
Sendziak ... 96 113
Siebenmann ... 115
Simanowski ... 279
Simpson ... 363
Simrock ... 251
Sokolowski ... 203 235
Starck ... 157
Stembo ... 230
Stickler ... 231
Swain ... 167
Talamon ... 291
Terrillon ... 122
Thorner (Max) ... 165, 252, 279
Tissier ... 229
Tœplitz ... 369
Tooth ... 177
Trumpp ... 362
Vacher ... 153
Valude ... **1**
Vermeil ... 365
Vianna ... 239
Vickery ... 372
Walther ... 238
Wagner (Clinton) ... 113
Warring ... 278
Weissmann ... 313
Williams (Watson) ... 168
Williams ... 364
Winckler ... 352
Woakes ... 225
Wolfenden ... 107
Wolfenstein ... **275**
Wolff (Julius) ... 234
Wright ... 353 367
Wurtz ... 277
Ziem ... 156
Zuckerkandl ... 127


IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ARCHIVES INTERNATIONALES
DE
LARYNGOLOGIE, DE RHINOLOGIE
ET
D'OTOLOGIE

BIBLIOTHÈQUE

# TRAVAUX ORIGINAUX

## EMPYÈME DES SINUS FRONTAUX, TRÉPANATION GUÉRISON PAR PREMIÈRE INTENTION

Par M. le Dr **Valude**.
Médecin adjoint de la Clinique nationale des Quinze-Vingts.

B. D..., âgé de vingt-trois ans, se présente le 17 octobre 1892, à notre consultation de la clinique des Quinze-Vingts. Il vient nous demander nos soins pour une petite tumeur, molle, rénitente, de la grosseur d'une petite noix, et siégeant à la partie supérieure de l'angle interne de l'orbite, sous l'arcade orbitaire. Cette tumeur est fixe, non pulsatile : la peau qui la recouvre est normale.

Le malade offre au front une certaine voussure de la partie médiane ; il se plaint d'avoir depuis quelques mois des douleurs continues de plus en plus violentes, dans le front; il mouche du muco-pus.

Comme maladie antérieure, il a eu la variole et en porte des traces très accusées au visage.

Nous diagnostiquons un empyème du sinus frontal ayant abouti à former un abcès sous-cutané qui tend à se faire jour par l'orbite. Une incision exploratrice confirme ce diagnostic et l'introduction d'une sonde cannelée nous permet de

pénétrer jusqu'au fond des cellules ethmoïdales à travers une perte de substance osseuse très facile à découvrir.

La tumeur orbitaire date d'un mois; les douleurs frontales ont débuté il y a deux mois.

Le diagnostic d'empyème du sinus frontal étant ainsi posé et vérifié, que fallait-il faire ?

Les derniers travaux sur ce sujet (et nous mentionnons seulement le mémoire de Guillemain, paru dans les *Archives d'ophtalmologie* de 1891, et la thèse de Derchen de 1892, tous deux tirés de la pratique de M. Panas) considèrent que l'empyème du sinus frontal ne peut être traité que de trois façons : bourrage antiseptique des cavités du sinus ; drainage orbitaire, drainage par le canal fronto-nasal.

Le bourrage antiseptique des cavités est, paraît-il, susceptible d'occasionner de vives douleurs, en donnant lieu à la rétention des matières ; nous ne l'avons pas essayé.

Restent les drainages orbitaire et fronto-nasal. Tous deux ont donné des résultats, mais après combien de temps !

Après des mois, annonce Guillemain, dans son mémoire, et nous n'en sommes pas surpris. Si l'on se souvient que le canal fronto-nasal est d'une étroitesse extrême (2 à 3 millimètres à l'*état sec*), on se demande quel service peut rendre un drain étranglé dans un espace ne dépassant pas 15 millimètres de longueur, et surtout quelle irrigation on peut réaliser dans un sinus encombré de cloisons et d'anfractuosités ? Le drainage orbitaire, pour être d'une manœuvre plus aisée, n'en offre pas moins toutes les difficultés inhérentes à la conformation particulière du sinus.

En résumé, il nous apparaît plus facile d'infecter le sinus par un drain qui le maintient en communication constante avec l'extérieur que de le désinfecter par des irrigations forcément défectueuses.

Aussi, chez notre malade, favorisé il est vrai par cette circonstance, qu'il n'existait aucune lésion infectieuse des cavités du voisinage ni du nez, nous avons cherché à éviter le drainage prolongé.

Le 3 novembre, je pratiquai une incision en V dont le sommet correspondait à l'angle supéro-interne de l'orbite, les deux branches du V suivant, l'une le rebord orbitaire supérieur, l'autre le dos du nez. Ce lambeau fut ensuite largement décollé de façon à mettre à nu l'orifice de l'abcès formé dans l'orbite.

Ceci fait, j'appliquai à l'angle de réunion du rebord orbitaire supérieur et du dos du nez, une couronne de trépan de 1 centimètre et demi environ de diamètre. La rondelle osseuse une fois enlevée et la muqueuse ouverte, il s'écoula une cuillerée à café environ d'un pus visqueux et agglutiné qui venait de la partie supérieure du sinus. Une sonde cannelée introduite dans la cavité du sinus montra qu'il existait une large communication entre les cavités droite et gauche. Le sinus était très dilaté ; la sonde cannelée pénétrait en haut à une profondeur de 5 ou 6 centimètres.

Pour pratiquer un débridement osseux, large et suffisant de l'empyème, je fis avec une gouge, sauter le point osseux qui séparait la couronne du trépan de l'orifice de l'abcès orbitaire creusé dans la paroi des cellules ethmoïdales. J'eus ainsi une perte de substance allongée et assez large.

On pratiqua alors des lavages abondants des cavités, au sublimé, puis, après que la muqueuse eut été légèrement grattée à la cuiller tranchante, je plaçai dans la cavité du sinus un double drain volumineux qui sortait de la plaie, à sa partie la plus déclive, au milieu du dos du nez. Le reste de la plaie triangulaire fut fermé par des points de suture au crin de Florence. Pansement iodoformé.

Cinq jours après l'opération, première levée du pansement. La réunion de la plaie est complète, les fils sont retirés. Je regarde le drain ; aucune goutte de pus ne tache le pansement, aucune goutte ne sort non plus des tubes, même si l'on appuie au niveau de la large perte de substance osseuse. A ce moment on voit seulement sourdre un peu de sérosité rosée.

Je considère la suppuration du sinus comme tarie et j'es-

time qu'il est prudent, pour éviter toute infection de provenance extérieure, de supprimer le drain. Je pratique cependant, par mesure de précaution, une insufflation iodoformée, au moyen d'un embout introduit dans l'un des drains, puis je supprime complètement ces derniers.

En quelques jours la cicatrisation est complète, et le 17 novembre le malade quitte l'hôpital entièrement guéri, n'ayant pas une seule fois depuis l'opération ressenti de douleurs de tête, ni présenté trace de suppuration, tandis que ces symptômes étaient continus auparavant.

M. le Dr Ruault, qui a bien voulu examiner ce malade au point de vue des lésions de la muqueuse nasale, m'a assuré que toute trace d'inflammation ou d'infection avait disparu, et depuis lors effectivement aucun phénomène morbide n'est réapparu.

En résumé, je crois que toute les fois que l'empyème du sinus frontal n'est accompagné d'aucune lésion de voisinage, des os, ou des cavités voisines, on peut chercher à éviter les lenteurs du drainage soit orbitaire, soit surtout fronto-nasal et qu'on peut tenter la désinfection en une seule séance et procéder à la réunion immédiate. La permanance d'un drain en pareil cas, nous semble exposer plutôt la plaie à l'infection que la garantir contre elle.

---

## NOTE SUR UN SIGNE DE LA SUPPURATION DES CELLULES ETHMOIDALES ANTÉRIEURES

Par le Dr **Albert Ruault** (1).

Lorsqu'on pratique l'éclairage de la face par transparence, suivant la méthode de Voltolini-Heryng, chez les sujets sains et dont les sinus maxillaires possèdent la translucidité

(1) Communication à la *Société de laryngologie de Paris*, séance du 2 décembre 1892.

normale sans modifications dues à des anomalies de conformation et d'épaisseur des parois osseuses, on constate que la face (illuminée parfois presque uniformément de haut en bas chez les jeunes enfants) présente, chez l'adulte, un certain nombre de zones plus fortement éclairées que les régions voisines. Alors que la partie inférieure de la face répondant aux arcades dentaires et aux rebords alvéolaires des maxillaires supérieurs est très nettement éclairée, les parties moyennes des joues restent plus sombres jusqu'au niveau des rebords orbitaires inférieurs, et au-dessus l'on trouve une autre zone plus claire, en forme de croissant, répondant à la paupière inférieure.

Mais ce n'est pas tout : lorsqu'on fait usage d'une lampe électrique donnant une lumière suffisante, et qu'on l'applique d'une façon convenable, on constate de chaque côté, au niveau des os propres du nez, une zone claire irrégulièrement ovalaire, moins éclairée que la région palpébrale voisine, mais se détachant nettement sur les autres parties plus sombres. Ces zones claires nasales font assez souvent défaut lorsqu'on place la lampe au milieu de la bouche sur la partie médiane du dos de la langue : pour peu que le sujet ait le nez étroit, ou présente de la tuméfaction de la muqueuse des cornets inférieurs, l'éclairage de la partie supérieure du nez se fait mal; les rayons lumineux, après avoir traversé la voûte palatine au niveau du plancher des fosses nasales, sont arrêtés par la saillie formée par les cornets, surtout par celle du cornet inférieur. Mais, si l'on a soin d'appliquer la lampe dans la bouche latéralement, c'est à-dire au-dessous de la paroi inférieure d'un sinus maxillaire et non pas au-dessous du plancher des fosses nasales, la région de l'os propre du nez s'éclaire nettement, les rayons lumineux y arrivant alors à travers le sinus maxillaire et les cellules ethmoïdales antérieures.

Ce fait est jusqu'ici passé inaperçu, vraisemblablement parce que, depuis les communications d'Heryng et de Vohsen, les praticiens ont borné leur attention à l'examen de la

transparence des joues et des paupières inférieures ; mais il suffira de la rechercher pour s'assurer que son observation est des plus faciles si l'on se sert d'une lampe donnant une vive lumière. Or, d'après mon expérience, la constatation de l'obscurité de la région de l'os propre du nez, chez un sujet présentant un écoulement purulent par le méat moyen du même côté en même temps que de la translucidité du sinus maxillaire correspondant, est un élément de diagnostic de haute valeur. Elle permet de se rendre compte que l'origine de la suppuration siège au niveau des cellules ethmoïdales antérieures, soit que celles-ci aient été atteintes primitivement, soit secondairement à une inflammation du sinus frontal. J'ai constaté ce signe nombre de fois chez des sujets atteints d'inflammations des sinus frontaux et ethmoïdaux, ainsi que chez des individus atteints de lésions syphilitiques des mêmes régions ; et, bien qu'il soit loin de ma pensée de lui attribuer une valeur pathognomonique, je le considère comme un signe de présomption dont la recherche attentive ne devra pas être négligée désormais.

---

## DES ÉPAISSISSEMENTS DE LA PORTION ANTÉRO-INFÉRIEURE DE LA CLOISON NASALE. ROLE DES OS SOUS-VOMÉRIENS ET DES CARTILAGES DE JACOBSON

(*Fin.*)

Par le Dr **Potiquet** (1).

Ecker, un des premiers, a montré que sous l'influence de l'accroissement de la masse cérébrale, le conduit schématique formé, suivant la théorie de Oken, par les vertèbres crâniennes tend à s'incurver d'autant plus qu'on s'élève davantage dans la série des mammifères, pour atteindre son

(1) Voir *Archives de laryngologie*, décembre 1892, p. 329.

maximum d'inflexion chez l'Européen (fig. 4, 5 et 6). C'est ainsi que chez ce dernier le maxillaire supérieur, au lieu

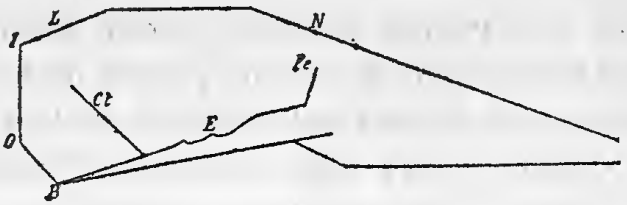



FIG. 4. — *Schéma de la coupe antéro-postérieure du crâne du renard.*

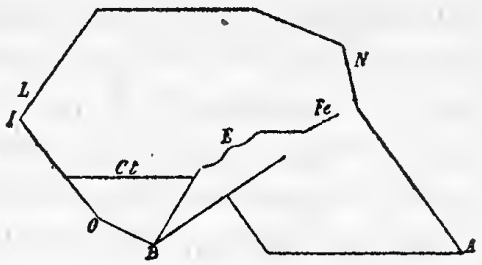



FIG. 5. — *Schéma de la coupe antéro-postérieure du crâne d'un singe anthropoïde adulte.*

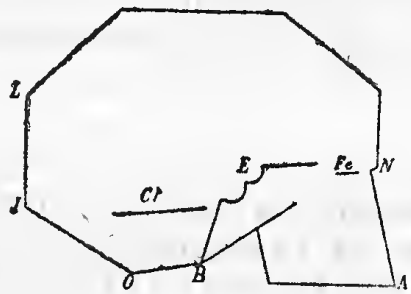



FIG. 6.— *Schéma de la coupe antéro-postérieure du crâne humain.*

Ces schémas, empruntés à M. Topinard (l'Homme dans la nature, 1891), son destinés à donner une idée de la transformation graduelle subie par le crâne en allant de l'animal à l'homme. — *L*, lambda. — *I*, inion (protubérance occipitale externe). — *O*, opisthion (point postérieur du trou occipital). — *B*, basion (point antérieur du trou occipital). — *A*, point alvéolaire (bord antérieur de l'arcade alvéolaire). — *N*, nasion (suture naso-frontale). — *Ct*, plan supérieur du cervelet. — *E*, ephippium (bord antérieur de la selle turcique). — *Fe*, entrée de la fosse ethmoïdale.

d'être, comme chez l'animal, situé sur le prolongement du crâne cérébral, vient, par un mouvement de rotation, se placer au-dessous de lui ; il en résulte que le bord postérieur de

la voûte palatine se rapproche de l'apophyse basilaire, que le secteur de la cavité naso-pharyngienne diminue d'étendue, et, fait à retenir, que la cloison nasale, diminuant de longueur, gagne proportionnellement en hauteur. Les pièces osseuses de la face, en passant de l'animal à l'homme, modifient donc leurs surfaces, leurs arêtes, leur direction, et cela en restant fidèles à la place que leur assigne dans la charpente osseuse un plan uniforme d'organisation.

L'apophyse palatine médiane fait comme ses congénères, elle fait comme elles, peut-être même plus qu'elles. La pièce sous-vomérienne est, disons-nous, l'homologue de l'apophyse palatine médiane des mammifères ; seulement ses trabécules osseuses, au lieu de s'orienter d'avant en arrière, comme chez les ruminants par exemple (fig. 3), se développent d'avant en arrière et de bas en haut (fig. 1). Et où chercher la raison de cette orientation nouvelle, sinon dans l'inflexion, plus accusée chez l'homme que chez les autres mammifères, du canal crânio-facial, d'où résulte un raccourcissement du rayon sphénoïdo-prémaxillaire ou, pour employer une image exacte dans sa trivialité, un aplatissement du museau.

Ce n'est pas tout. L'apophyse palatine médiane, en même temps qu'elle subit ce mouvement de bascule, éprouve un mouvement d'ascension, et c'est ainsi que l'orifice inférieur du canal incisif, au lieu d'être double comme dans tous les mammifères, est chez l'Européen, et surtout chez l'Européen adulte, le plus souvent unique. En passant des animaux à l'homme, l'apophyse palatine médiane s'est pour ainsi dire adaptée de son mieux aux conditions nouvelles qui lui étaient faites ; ne pouvant s'allonger d'avant en arrière, elle s'est étirée dans le sens de la hauteur, puisqu'ainsi faisait le crâne facial, et s'est de la sorte transformée en cette façon de coin osseux connu sous le nom d'os sous-vomérien.

Le mouvement de bascule que nous faisons ainsi exécuter à l'apophyse palatine médiane de l'intermaxillaire, mouvement qui la transfigure, n'aura, croyons-nous, rien de forcé

aux yeux de l'anthropologiste. Ces interprétations un peu mécaniques ne sont-elles pas actuellement monnaie courante en anatomie comparée ? Ce mouvement de bascule est du reste sensiblement parallèle à celui que décrit très ostensiblement le frontal. La faculté d'adaptation que nous accordons à cette apophyse ne pourra non plus beaucoup surprendre, lorsqu'on considérera les variations multiples, variations de longueur, de largeur, de forme, de direction, etc., qu'elle éprouve dans la série des mammifères. Cette apophyse peut même, ainsi que fait parfois l'os sous-vomérien chez l'enfant et chez l'adolescent Rambaud et Renaut, *loc. cit.*), mais d'autre façon, se montrer chez eux isolée, indépendante de l'intermaxillaire ; l'ornithorynque offre un exemple de cette curieuse disposition.

Enfin, dernier argument, la pièce sous-vomérienne peut parfois, et cela dans certaine circonstance particulièrement favorable, retourner à la forme ancestrale. Il est, en effet, une malformation dans laquelle la portion centrale de l'intermaxillaire, dégagée de toute connexion avec le maxillaire supérieur, peut se développer librement dans le sens antéro-postérieur. Cette malformation est le bec-de-lièvre bilatéral complexe. Et qu'observe-t-on dans ce cas ? Fait des plus intéressants, on voit, sur le squelette, se détacher en arrière du corps de l'intermaxillaire, dans le lieu occupé normalement par l'os sous-vomérien et représentant celui ci, une apophyse horizontale (pédicule de M. Hamy, processus palatin de M. Th. Kölliker) qui, par sa forme, sa direction, les rapports qu'elle affecte avec l'extrémité antérieure du vomer et la cloison cartilagineuse, rappelle, à n'en pas douter, l'apophyse palatine médiane de l'intermaxillaire des mammifères. Les figures ci-jointes, empruntées au travail de M. Th. Kölliker, le montrent avec évidence, et sur les deux crânes que possède le musée Dupuytren provenant de fœtus affectés de bec-de-lièvre bilatéral complexe, on devine sous la couche de vernis qui les recouvre une disposition semblable.

La pièce sous-vomérienne n'est donc pour nous, comme

pour Quain, A. Broca (1), Biondi, Schwink (2), que l'apophyse palatine médiane de l'intermaxillaire des mammifères, et nous ajouterons, elle n'est que l'apophyse palatine médiane de l'intermaxillaire des mammifères qui, en raison des conditions particulières qui président chez l'homme au développement du crâne facial, recouvre une indépendance relative

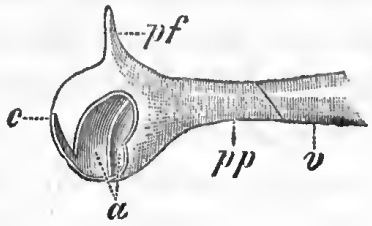



FIG. 7. — *Intermaxillaire d'un enfant avec bec-de-lièvre bilatéral complexe* (vu du côté gauche). Grandeur naturelle.

*c*, corps de l'intermaxillaire. — *pf*, apophyse faciale. — *pp*, apophyse palatine. — *a*, alvéoles. — *v*, vomer (partie antérieure).

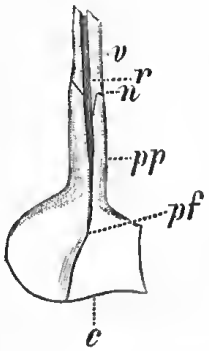



FIG. 8. — Le même, vu d'en haut.

*c*, *pp*, *p*, *f*, *v*, comme plus haut. — *n*, suture entre l'apophyse palatine de l'intermaxillaire et le vomer. — *r*, gouttière qui reçoit le cartilage de la cloison.

et subit, en même temps qu'un mouvement d'ascension, un mouvement de bascule. Et, à considérer ce double mouvement dans la série des races humaines, on le trouve d'autant plus accusé en général que le sujet tend davantage vers l'orthognathisme.

(1) *Op. cit.*

(2) *Ueber den Zwischenkieferbein und seine Nachbarorgane bei Saügethieren*, 1888.

Cette position nouvelle de l'apophyse palatine médiane chez l'homme influera grandement sur la constitution de la cloison osseuse et sur sa configuration.

Voici comment :

1° A la différence de ce qui existe chez la plupart des autres mammifères, l'intermaxillaire, représenté en arrière par la tête et le col des os sous-vomériens, en avant par la crête incisive proprement dite, fera chez l'homme au-dessus du plancher nasal une saillie marquée et prendra ainsi une part assez importante à la constitution de la cloison osseuse.

2° L'apophyse palatine médiane ainsi dirigée viendra se placer juste en avant de l'extrémité antérieure du vomer, entrera avec elle en un contact plus immédiat, pourra dans la suite faire échec au développement de cet os et coopérer ainsi à ses déformations (voy. fig. 1).

3° La crête incisive proprement dite (fig. 1, H, D), subissant en arrière la poussée de l'os sous-vomérien, et, si on la compare à la crête incisive des anthropoïdes, plus dégagée du corps même de l'intermaxillaire grâce en partie au volume moindre de ce corps, conséquence du volume moindre des incisives, se trouvera projetée en avant et formera la saillie antéro-postérieure qui a reçu le nom d'épine nasale antérieure. C'est dire que l'apparition chez les primates (1) de cette dernière saillie nous paraît dépendre de la poussée exercée d'arrière en avant par la tête sous-vomérienne ou, en fin de compte, de l'aplatissement antéro-postérieur du crâne facial résultant du mouvement très prononcé d'inflexion que celui-ci subit chez l'homme (2).

---

(1) Nous disons chez les primates, réservant la question de l'existence d'une épine nasale chez les pinnipèdes (HAMY).

(2) Cette dernière conséquence nous amène à penser avec CARUS, MM. ALIX, PRUNER-BEY, MANOUVRIER (communication orale), et contrairement à une opinion qui semble être celle de la majorité des anthropologistes (MM. HAMY, BROCA, R. HARTMANN, VIRCHOW, TOPINARD, etc.), qu'il n'existe pas, à proprement parler, d'épine nasale antérieure chez l'anthropoïde. La crête incisive de Henle peut exister et existe même assez fréquemment chez l'anthropoïde :

Le mouvement d'inflexion de l'axe de la face, que nous voyons s'accuser de plus en plus à mesure qu'on s'élève dans la série des mammifères, ne s'arrête pas chez l'homme à la naissance ; il se poursuit de la naissance à l'âge adulte.

---

elle consiste en une ou plusieurs petites saillies, plus ou moins régulières, hérissant la lèvre supérieure du bord interne de l'os incisif, à sommet regardant en haut, formant par leur réunion soit une petite crête, soit un mince bourrelet, soit même un léger tubercule. Chez lui, du reste, le corps de l'intermaxillaire, dont le développement relativement considérable est en rapport avec le volume des incisives, surplombe le plus souvent de sa masse imposante la face supérieure de l'apophyse palatine du maxillaire supérieur, et, quant à l'apophyse palatine médiane des mammifères, elle semble n'être représentée que par une mince lamelle osseuse qui se détache en arrière du corps de l'intermaxillaire et se dirige en arrière et en haut à la rencontre de l'extrémité antérieure du vomer. Chez l'anthropoïde, point de tête sous-vomérienne s'isolant au-dessus du plancher incisif, projetant en avant la portion de la crête incisive de Henle située en avant d'elle et lui imprimant cette forme et surtout cette direction qui, chez l'homme, sont les caractères propres de l'épine nasale antérieure ; donc chez l'anthropoïde point d'épine nasale à proprement parler. Au reste, la crête incisive a bien le plus souvent chez lui la forme d'une crête, d'un bourrelet à peine renflé ou d'un léger tubercule à sommet dirigé en haut, et ce n'est qu'en faisant violence à la langue qu'on a pu la qualifier d'épine.

La direction de la saillie pointue qui, dans le bec-de-lièvre bilatéral complexe, hérisse la face supérieure du corps de l'intermaxillaire nous paraît confirmer cette manière de voir. Là, l'apophyse de Sténon a, par un retour ancestral, repris la forme de l'apophyse palatine médiane de la plupart des mammifères, et si la crête incisive proprement dite que représente cette saillie pointue a, il est vrai, sensiblement la forme de l'épine nasale, elle n'en a nullement la direction. Peut-être, d'ailleurs, sa longueur anormale dans le cas figuré dans le travail de M. Th. Kölliker est-elle due à l'hypernutrition dont l'intermaxillaire est le siège dans le cas de bec-de-lièvre bilatéral complexe.

Et puis n'oublions pas que dans toute nomenclature il entre une bonne part de convention. La nature, dans l'infinie et subtile variété de ces métamorphoses, se dérobe à nos impérieuses catégories : gardons-nous de toute logomachie. Telle appellation peut sembler préférable à telle autre ; mais sa valeur n'est pour cela que relative, car toute appellation n'est qu'un signe, une sorte de point de repère destiné à remédier à la faiblesse de notre entendement au milieu de l'universelle mobilité des apparences et de l'incessante fluidité des formes.

« M. Lissauer, avons-nous dit ailleurs (1), a montré que, chez l'homme, le prémaxillaire uni au maxillaire supérieur et au palatin, et partant le vomer qui les surmonte, peuvent être considérés comme exécutant, dans leur développement de la naissance à l'âge adulte, un mouvement de rotation autour du point *v* pris comme centre, mouvement de rotation dont les angles *R. v. ena* et *R. v. enp* mesureront le degré. D'une

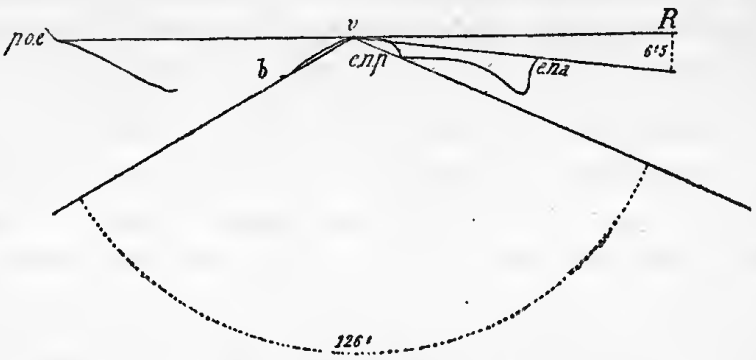



FIG. 9. — *Profil inférieur du crâne d'un nouveau-né* (1/2).
(Ce profil a été pris sur un crâne du Musée de l'amphithéâtre des hôpitaux, à l'aide du diagraphe de M. Lissauer.)

*poe*, protubérance occipitale externe. — *b*, basion. — *v*, point de rencontre de l'extrémité postéro-supérieure du vomer avec le corps du sphénoïde. — *enp*, épine nasale postérieure. — *ena*, épine nasale antérieure. — *R*, rayon fixe de M. Lissauer tiré du point *poe* au point *v* et prolongé en avant. — *b. v. enp*, secteur du cavum naso-pharyngien osseux.

manière générale, ce mouvement est plus marqué, par conséquent les angles *R. v. ena* et *R. v. enp* plus ouverts chez l'homme que chez la femme, chez l'européen que dans les races inférieures. Il y a plus ; ce mouvement de rotation ne s'accomplit pas chez tous les sujets d'une même race et du même sexe avec une précision invariable ; il ne marche pas toujours d'une allure semblable pour s'arrêter chez tous, à l'âge adulte, juste au même degré. Il se poursuit très loin chez celui-ci, moins loin chez cet autre ; parfois même il s'attarde beaucoup et s'arrête véritablement en chemin. C'est

(1) *Bulletins et mémoires de la Société de laryngologie de Paris*, séance du 1er juillet 1892.

ainsi que sur cinq crânes de juifs adultes examinés à ce point de vue par M. Lissauer, le mouvement de rotation du prémaxillaire, mesuré ainsi qu'il a été dit, atteint 25° chez l'un d'eux, est de 22°, 14°,5, 13° chez les trois suivants et s'arrête chez le cinquième à 8° ». Ces différences dans le degré de ce mouvement de rotation ne sont assurément pas étrangères à la variété de forme que présente suivant les races la portion libre des os sous-vomériens. Elles contribuent aussi dans une certaine mesure à la diversité d'aspect qu'offrent la tête et le col des os sous-vomériens chez des sujets de même sexe appartenant à notre race, diversité d'aspect que nous avons notée plus haut. Ainsi, sur 46 crânes du Musée de l'amphithéâtre des hôpitaux, les uns à cloison droite, les autres à cloison très déviée dont nous avons mesuré l'angle *R. v. ena* le petit massif sous-vomérien s'est montré élevé ou assez élevé de préférence chez ceux dont le mouvement de rotation était le plus accusé. Sur ces 46 cloisons il en est 26 dont le mouvement de rotation dépasse 16°,5 (ligne de partage entre les catantorhiniens et les catorhiniens de M. Lissauer), et 21 chez lesquelles il atteint ce dernier chiffre ou lui est inférieur. Or, parmi les premières on compte 11 os sous-vomériens (42,3 0/0) notés comme élevés ou assez élevés et 6 seulement (28,5) qualifiés de même parmi les secondes. Cette relation entre le haut degré de ce mouvement de rotation et l'élévation du petit massif osseux sous-vomérien au-dessus du plancher nasal existe, mais elle n'a cependant, on le voit, rien de nécessaire ; elle est même loin d'être aussi étroite qu'on aurait pu le penser *a priori*. Mais les influences qui peuvent agir sur la pièce sous-vomérienne durant sa croissance sont assurément d'ordre multiple ; on sait de reste qu'il ne faut point, en anthropologie, se mettre en quête d'équations algébriques ; il n'y faut chercher que des moyennes.

Nous avons montré ailleurs (1) qu'une cloison qui par-

(1) *Bulletins et mémoires de la Société de laryngologie de Paris*, séance du 1er juillet 1892.

ticipe à un mouvement de rotation très prononcé du maxillaire supérieur risque davantage de s'incurver latéralement qu'une cloison dont le mouvement de rotation reste plus marqué. Le petit massif formé par la portion supérieure des pièces sous-vomériennes qui, elle aussi, contribue surtout à partir de la seconde dentition à former la cloison, courra-t-elle le même risque, et la régularité de ses formes sera-t-elle d'autant plus menacée que ce mouvement de rotation se poursuivra plus loin? Nous ne savons; nous n'avons point jusqu'ici envisagé ce point spécial dans nos recherches, et nos relevés sur les crânes que nous avons étudiés ne nous fournissent point d'éléments suffisants pour répondre à cette question.

La part prise par les os sous-vomériens dans la constitution de la cloison nasale n'est donc pas des moins dignes d'intérêt et, à voir l'action qu'ils exercent sur la configuration des pièces osseuses voisines, le rôle qu'ils y jouent ne nous semble pas des plus médiocres. Ce rôle, il eût été impossible d'en pénétrer le secret et d'en tracer les lignes sans la conception si lumineuse de M. Huxley, développée par MM. Ecker, Manouvrier, Lissauer, Topinard, etc. Conception vraiment féconde qui met en évidence la plasticité remarquable des pièces osseuses de la face chez les mammifères, qui éclaire la genèse de leurs formes chez l'homme et rend compte de quelques-uns des accidents de leur développement.

Et c'est ainsi qu'en suivant ce mouvement d'inflexion de l'axe de la face de l'anthropoïde à l'homme, on voit chez celui-ci, à ne considérer que le plan médian, la cloison se ramasser sur elle-même et s'infléchir souvent latéralement, l'apophyse palatine médiane de l'intermaxillaire pivoter et venir prendre une part relativement importante à la constitution de la cloison osseuse, le bourrelet de la voûte palatine (1)

(1) Le bourrelet de la voûte palatine n'existe pas chez l'anthropoïde et est moins développé chez le nègre que chez l'européen (LISSAUER, STIEDA).

apparaître et se renfler, et saillir aux deux extrémités de l'axe l'apophyse *crista galli* d'une part (1) et l'épine nasale antérieure de l'autre. A mesure que le profil de la face tend vers l'orthognathisme ou, pour employer une expression plus pittoresque dans sa trivialité, à mesure que le museau s'aplatit, les organes qui occupent le plan médian, éprouvant, semble-t-il, plus de difficulté à se loger, accommodent tant bien que mal leur forme à la place qui leur est assignée, et cela souvent aux dépens de leur symétrie ; de plus, la poussée réciproque qu'ils exercent les uns sur les autres, chasse en partie au dehors ceux qui tiennent les points extrêmes. Que si l'on compare le nègre à l'européen on trouve chacune de ces particularités : inflexion de la cloison, mouvement de pivot de la pièce sous-vomérienne et saillie de sa tête au-dessus du plancher nasal, renflement du bourrelet palatin, saillie de l'apophyse *crista galli* et saillie de l'épine nasale, plus marquée chez celui-ci que chez celui-là. Ainsi le voulait de reste une logique ingénue : le mouvement d'inflexion ne se poursuit-il pas plus loin chez le second que chez le premier ? A jeter un coup d'œil d'ensemble sur ces phénomènes, il semble que la nature s'attache à dispenser toujours une quantité sensiblement proportionnelle de substance osseuse sur le plan médian de la face de chaque être ; et n'est-ce pas ici le lieu de rappeler, en la modifiant un peu, la formule de Gœthe au sujet de la loi du balancement organique établie par Et. Geoffroy Saint-Hilaire : « Le budget de la nature est fixé ; ce qu'elle est forcée d'économiser d'un côté, elle le dépense de l'autre ».

La configuration de l'extrémité antérieure du vomer de l'adulte est extrêmement variée. Henle (2) dit bien que tantôt elle est tronquée verticalement, et que tantôt elle s'adapte

(1) L'apophyse *crista galli* est peu ou point développée chez l'anthropoïde et est, comme l'épine nasale antérieure, moins développée, d'une manière générale, chez le nègre que chez l'européen.

(2) *Op. cit.*

par une échancrure dans l'angle postérieur de la crête incisive. Ce sont là, en effet, les deux types principaux qu'on observe, le dernier répondant à celui qu'on rencontre chez le nouveau-né. Mais que de formes intermédiaires !

Chez le nouveau-né, l'extrémité antérieure du vomer offre un angle rentrant. La pointe qui surmonte cet angle glisse sur la face supérieure des apophyses de Sténon, et la gouttière dont elle est creusée se continue avec celle formée par la réunion des têtes de ces apophyses. La portion du vomer située en arrière de l'angle rentrant s'engage doucement entre ces deux apophyses ou s'y appuie. Mais les déformations que l'extrémité antérieure du vomer subit pendant son accroissement sont des plus fréquentes et peuvent être des plus diverses. La pointe supérieure à l'angle rentrant peut s'effiler, s'infléchir, se contourner ou s'arrêter brusquement en se renflant. La pression variable exercée par l'extrémité du vomer sur les apophyses de Sténon semble bien être la principale raison déterminante de ces déformations. Sur le vomer, représenté dans la figure 1, l'angle rentrant s'est transformé en un croissant au niveau duquel l'os s'est renflé ; là l'extrémité antérieure du vomer a comme buté sur les os sous-vomériens et, ne pouvant se développer librement d'arrière en avant, s'est épaissie transversalement, tandis que plus loin le bord supérieur du vomer, se déformant, lui aussi, s'infléchissait à gauche. Chez l'adulte, chez l'européen adulte beaucoup plus que chez le nègre adulte, la gouttière qui surmonte la pointe du vomer et qui reçoit le bord inférieur du cartilage quadrangulaire perd sa forme originelle et se transforme alors en un bord rugueux qui regarde rarement directement en haut, et fréquemment se déjette à droite ou à gauche. Chez le nègre adulte, la pointe du vomer surmontant l'échancrure se montre plus régulière que chez l'européen adulte et plus fréquemment symétrique.

## II

Le squelette cartilagineux de la portion antéro-inférieure de la cloison est constitué, avons-nous dit, par l'extrémité antérieure du cartilage quadrilatère que flanquent de chaque côté les lames cartilagineuses de Jacobson ou cartilages accessoires de M. Sappey. Considérons successivement chacune de ces pièces cartilagineuses.

Le cartilage quadrilatère complète en avant la cloison. Son bord inférieur un peu épaissi, que prolonge en arrière le processus sphénoïdal, repose sur la crête incisive proprement dite, la tête des os sous-vomériens, le bord supérieur du vomer plus ou moins creusés en gouttière chez l'adulte. Des coupes verticales et transversales pratiquées en série montrent que le cartilage quadrilatère s'amincit à quelque distance de son bord inférieur et suivant une direction sensiblement parallèle à ce dernier pour s'épaissir de nouveau vers le tubercule de la cloison. Il en résulte qu'une inflexion légère de la cloison à ce niveau peut se traduire d'un côté par une gouttière assez marquée à laquelle répond de l'autre, non une convexité, mais une surface plane ; ou encore à une gouttière très prononcée d'un côté peut répondre, de l'autre, une convexité seulement légère. Ce fait s'observe assez souvent sur le vivant et nous avons pu l'étudier à loisir sur certains cadavres (1).

Le bord inférieur du cartilage quadrilatère est flanqué à droite et à gauche chez le tout jeune enfant de lamelles cartilagineuses en forme de languette ou parfois de baguette qui, partant de l'angle antéro-inférieur du cartilage, se dirigent en arrière. Ces languettes ou baguettes, qui jouent dans les épaississements de la portion antéro-inférieure de la cloison un rôle important, ne sont autres que les cartilages

(1) Il en était ainsi sur la pièce anatomique que nous avons décrite dans notre travail : Un cas de déviation de la cloison nasale corrigée par un traumatisme. *Revue de laryngologie*, 15 avril 1891.

de Jacobson, vestiges, avec l'organe du même nom, de l'organe de Jacobson qui, destiné à l'olfaction, se montre très développé chez certains mammifères, le mouton, par exemple (1).

Connus de Jacobson (2), désignés par Huschke (3) sous le nom de vomer cartilagineux droit et gauche, ces cartilages sont décrits et figurés dans le Traité d'anatomie descriptive de M. Sappey (4) qui les juge constants. Chose singulière, Henle (5) dit n'avoir pu les rencontrer chez l'adulte. Il est cependant facile de les mettre en évidence, soit en plongeant la cloison dans une solution de potasse caustique portée sur un feu doux, soit plus rapidement à l'aide de coupes transversales et verticales pratiquées en série, comme le recommande M. Schwalbe (6). Suivant M. Sappey, « ils ont la forme d'une languette elliptique, dont le grand axe dirigé d'avant en arrière, décrit une courbe à concavité tournée en haut. Leur longueur varie de 6 à 12 ou 15 millimètres ».

Nous avons étudié leur anatomie et leurs rapports sur onze têtes d'adultes. Leur forme, leur épaisseur et même leur situation nous ont paru varier beaucoup suivant les sujets et, sur le même sujet, d'un côté à l'autre. Leur extrémité antérieure nous a semblé dans quelques cas faire corps avec le cartilage quadrilatère; elle en serait absolument indépendante suivant M. Sappey, mais ce point de détail ne nous a pas paru toujours facile à trancher à l'aide de l'anatomie macroscopique seule. Existent-ils toujours ? Nous ne saurions, pour notre part, l'affirmer. Il est telle et telle tête

---

(1) Voyez notre travail : Du canal de Jacobson, de la possibilité de le reconnaître sur le vivant, etc. *Médecine moderne*, 19 novembre 1891.

(2) *Annales du Muséum d'histoire naturelle*, t. XVIII, rapport de CUVIER (1881).

(3) *Encyclopédie anatomique* (traduction de JOURDAN, 1843-1847). Splanchnologie et organes des sens, par E. HUSCHKE.

(4) Fig. 661 et p. 677.

(5) *Op. cit.*

(6) *Lehrbuch der Anatomie der Sinnesorgane*, 1887.

sur lesquelles nous n'avons pu le découvrir d'un côté ou de l'autre au milieu du tissu fibreux enveloppant le bord inférieur du cartilage quadrilatère : mais cela ne veut pas dire qu'il n'existait pas. Nous avons vu ce cartilage réduit parfois à une baguette unique et si délicate qu'il est, pensons-nous, des cas où des coupes microscopiques en série pourraient seules la mettre en évidence. Sur la grande majorité des sujets que nous avons examinés, sa forme était celle d'une languette d'épaisseur et de largeur variables, de configuration assez irrégulière, ramifiée en arrière, ou encore il était représenté par une, deux ou trois petites baguettes ou languettes, soit accolées de chaque côté de la base du cartilage quadrilatère, soit engagées entre le bord inférieur de ce cartilage et la rainure osseuse formée par la tête des os sous-vomériens et le bord supérieur du vomer. La situation de ces languettes cartilagineuses était en effet loin d'être toujours identique : nous les avons trouvées le plus souvent appliquées de chaque côté du bord inférieur du cartilage quadrilatère qu'elles débordent fréquemment par en bas, recouvrant ainsi en partie sur les côtés le flanc des apophyses de Sténon et l'extrémité antérieure du vomer ; certaines d'entre elles étaient, soit en partie, soit en presque totalité, engagées sous le bord inférieur du cartilage quadrilatère à la façon d'un coin. Une des pièces offrait un exemple intéressant d'une malformation assez fréquente qui a été considérée comme une sorte de luxation du bord inférieur dn cartilage quadrilatère hors de la rainure incisive de Henle : en pareil cas, cette lame cartilagineuse semble s'échapper par en bas hors de son cadre osseux (voy. la figure 2 de l'Atlas de M. A. Hartmann). Or, sur cette pièce, cette sorte de luxation du cartilage quadrilatère n'était qu'apparente : celui-ci s'insérait bien obliquement dans la rainure, mais l'éperon cartilagineux était formé presque en totalité par le cartilage de Jacobson, beaucoup plus développé que celui du côté opposé, affectant là la forme en baguette. Hâtons-nous d'ajouter que cette pseudo-luxation du cartilage quadrilatère peut exister

réellement, et cela par suite d'un développement aberrant, sans qu'il faille, pour l'expliquer, imaginer un traumatisme antérieur. Une fois enfin, des coupes verticales et transversales nous ont montré des pièces cartilagineuses si irrégulières de forme et disposées avec si peu d'ordre qu'il nous fut difficile de nous orienter exactement au milieu d'elles et d'assigner à chacune d'elles son nom véritable.

Les sections transversales nous ont montré parfois au centre des baguettes cartilagineuses une petite tache jaune indiquant l'existence en leur centre d'un noyau osseux. Ce noyau osseux, dont nous ignorons la fréquence, existe déjà chez l'embryon : il y a été constaté par Th. Kœlliker.

La proéminence allongée que forment ainsi les cartilages de Jacobson, soit seuls, soit par leur union avec le bord inférieur du cartilage quadrilatère, la tête des os sous-vomériens et l'extrémité antérieure du vomer, surplombe l'infundibulum incisif ou recessus naso-palatin (Schwalbe). Elle peut constituer une saillie très marquée qui, comme on sait, sera dans certain cas des plus gênantes pour la respiration nasale ou le cathétérisme de la trompe d'Eustache.

Que ces languettes cartilagineuses représentent chez l'homme un des vestiges de l'organe de Jacobson, c'est ce que reconnaissait Cuvier, et ce qui ne peut faire doute après les travaux de Dursy, de MM. A. Kölliker, Th. Kölliker, Schwink, etc. (1). Le rapprochement de certaines figures du mémoire de M. Th. Kölliker d'autres figures de M. Klein (2) sur l'organe de Jacobson du cochon d'Inde en montrant la similitude qui existe entre ces cartilages observés chez l'homme

(1) De même pour le petit cul-de-sac décrit sous le nom de canal de Jacobson. (Voyez notamment SCHWINK, *op. cit.*) M. C. Gegenbaur lui-même, après avoir contesté la signification morphologique attribuée par les embryologistes à ce petit cul-de sac (*Morphologisches Jahrbuch*, 1885), s'est rallié à leur manière de voir (*Anatomie humaine*, 1888).

(2) *Quarterly Journal of the microscopical science*, an. 1881. Comparez notamment la figure 31ª du mémoire de M. Th. KÖLLIKER à la figure 4 (planche XVI) du travail de M. KLEIN.

vers le quatrième mois de la vie embryonnaire et les cartilages de Jacobson du cochon d'Inde adulte, ne peut manquer d'entraîner la conviction. Il est vrai que les cartilages et le canal qui constituent l'organe de Jacobson ont perdu chez l'homme toute connexion. Mais, puisque l'organe de Jacobson n'est plus chez l'homme qu'un organe déchu, peut-on s'étonner beaucoup d'en trouver les débris un peu épars ?

## III

En résumé, courbures et épaississements de la cloison des fosses nasales montrent que l'organisme humain ne porte pas toujours en lui-même son commentaire, qu'il a souvent besoin d'être interprété par l'étude d'organismes qui lui sont inférieurs. Les courbures latérales sont, nous l'avons vu (1), un fait d'évolution ; elles sont liées, d'une manière générale, au degré d'inflexion antéro-postérieure de l'axe de la face, et résultent en partie d'une adaptation imparfaite de la lame cartilagineuse fondamentale à ce mouvement d'inflexion qui se poursuit jusqu'à l'âge adulte.

Parmi les épaississements, il en est qui relèvent de cette même cause : tels ceux qui, occupant le voisinage du bord supérieur du vomer, se montrent associés aux courbures, qui les doublent pour ainsi dire et n'en sont qu'une conséquence, tels ceux que forme une saillie latérale immodérée de l'apophyse palatine médiane transformée par le mécanisme que l'on sait en apophyse de Sténon ou qui résultent d'une incartade du bord inférieur de la lame quadrilatère ; les uns et les autres sont bien l'œuvre de ce mouvement d'inflexion qui, d'une manière générale, s'accuse d'autant plus que l'être se perfectionne davantage.

Mais, parmi les épaisissements, il en est d'autres qui sont imputables, non à une évolution imparfaite, mais plutôt à

(1) *Bulletins et mémoires de la Société de laryngologie de Paris*, séance du 1er juillet 1892.

une involution insuffisante ; car n'est-ce pas ainsi que peut-être envisagée l'existence chez l'homme des cartilages de Jacobson ? Singulier rôle en tout cas que celui de ces cartilages dont on ne démêle pas bien l'utilité, et dont l'incommodité n'est parfois que trop manifeste. Faudrait-il leur appliquer la remarque faite par quelques auteurs au sujet du sinus maxillaire considéré chez les mammifères et chez l'homme, et dire que la nature, s'écartant aussi peu que possible d'un plan primitif d'organisation, utilise ces vestiges d'organes, vestiges devenus inutiles, en leur ménageant une autre fonction ? Faudrait-il, dans cet ordre d'idées, considérer ces languettes cartilagineuses comme des sortes d'attelles destinées à maintenir le bord inférieur du cartilage quadrilatère, qu'elles débordent souvent légèrement par en bas, dans la rainure du bord supérieur du vomer et de la crête incisive de Henle ? Dans ce cas, on ne peut pas ne pas reconnaître que souvent elles remplissent assez mal leur office, et que, par contre, l'entrave qu'elles apportent à la respiration nasale sans être, à notre avis, aussi fréquente qu'on l'a dite, est parfois évidente.

L'homme n'est point un être isolé dans la nature, sans lien avec le reste de l'animalité. Bien des organes n'existent en lui qu'à l'état de vestiges, sinon inutiles, tout au moins indifférents, qu'on trouve très développés dans d'autres espèces animales et manifestement destinés chez elles à une fonction physiologique. Nombre de singularités qualifiées vulgairement d'anomalies, nombre d'irrégularités ou d'adaptations imparfaites de sa charpente, trouvent leur explication dans la structure d'individus moins élevés dans la série des êtres. Ainsi en est-il, pensons-nous, des déformations de la cloison nasale.

Les liens qui unissent l'homme au reste de l'animalité sont indéniables. La perfection de l'organisme humain n'est que relative : on y relève bien des à peu près, on y note bien des ressouvenirs d'états antérieurs dont l'ensemble constitue pour lui un héritage, parfois incommode, mais qu'il ne lui était

pas loisible d'accepter sous bénéfice d'inventaire. Tantôt il enferme en lui les débris d'un organe qui, fort utile à quelque être beaucoup moins élevé en organisation parce qu'il s'y montre bien développé, ne peut guère être chez lui qu'une occasion de trouble, puisqu'il n'y est plus que très rudimentaire et incapable d'un rôle physiologique effectif : tel est, dit-on, l'appendice iléo-cæcal; tels sont aussi, croyons-nous, les cartilages de Jacobson. Inversement, tantôt la force, qui présidant à son organisation s'ingéniait à la compliquer, semble avoir défailli avant d'avoir parachevé son œuvre : ainsi s'observent, même à l'état dit normal, ces développements incomplets de sa structure, ces adaptations inparfaites de sa charpente dont l'inflexion de la cloison et certains de ses épaississements nous semblent une preuve. *Natura non facit saltus,* répète-t-on depuis l'antiquité : la nature ne fait point de sauts ; et en effet elle saute si peu, cette bonne mère, qu'elle oublie parfois de marcher.

# REVUE GÉNÉRALE

## DE L'OZÈNE (1)

Par M. le Dr **Woldemar Nikitine**,
Professeur libre de laryngologie,
Médecin de l'hôpital Saint-George, à Saint-Pétersbourg.

On donne ce nom à un catarrhe chronique de la cavité nasale, caractérisé par l'atrophie de la muqueuse, la largeur des fosses nasales et l'accumulation dans ces dernières d'une sécrétion exhalant une odeur excessivement nauséabonde, perceptible à distance.

Il n'y a pas de données bien arrêtées touchant l'étiologie

(1) Leçon faite à l'institut de la grande-duchesse Hélène à St-Pétersbourg.

et la nature même de la maladie ; toutefois les hypothèses ne manquent pas.

La maladie se développe le plus souvent sur un terrain scrofuleux ou entaché de syphilis congénitale (1), cependant les sujets d'apparence saine ne jouissent pas de l'immunité contre le mal en question ; voilà pour l'étiologie. Plusieurs auteurs admettent l'influence de l'hérédité (2).

Dans tous les cas, à mon avis, les causes premières du mal sont à rechercher dans un vice de développement congénital. Ce qui paraît confirmer mon idée, c'est que nous ne pouvons apporter à nos malades qu'un soulagement précaire, malgré les meilleures conditions du traitement. La dyscrasie et les mauvaises conditions hygiéniques entretiennent la maladie et la font empirer, mais il est douteux qu'elles en soient la cause immédiate.

L'ozène n'est pas une maladie très fréquente, même dans les plus basses classes de la population, les plus mal réparties sous le rapport de l'hygiène. Ainsi, je suis attaché depuis plusieurs années au service des maladies de la gorge et du nez à l'hôpital St-Georges. En majeure partie, mes malades appartiennent à la classe d'ouvriers de fabrique, de petits artisans, de cochers, etc. Dans ces dernières années, par exemple, sur 100 cas de maladies du nez je n'ai observé tout au plus qu'un ou deux cas d'ozène. Peut-être cette maladie se rencontre-t-elle en général plus rarement à Pétersbourg qu'ailleurs, je ne fais que constater le fait. Toutefois, il est incontestable que cette affection s'observe assez souvent

---

(1) Dans 77 cas d'ozène SCHROETTER a observé 34 fois la syphilis, 10 fois la scrofule ; pour le reste des cas il lui a été impossible de se prononcer pour l'une de ces affections à l'exclusion de l'autre. (*Monetschr. f. Ohrenheilk.*, 1881, n° 4.)

(2) Le Dr ROSENFELD (*Wiener Klin. WS.*, 21 août 1890) cite l'histoire d'une famille démontrant que le coryza fétide peut être héréditaire. Une femme, affectée d'ozène depuis son enfance, avait 7 enfants et 12 petits-enfants, dont 10 étaient atteints de coryza fétide, tandis que 4 souffraient d'un catarrhe atrophique sans odeur.

chez des individus qui ont toujours vécu dans les meilleures conditions de bien-être.

Pour ce qui est de l'influence du sexe sur l'origine de l'ozène, Michel dit l'avoir observé 44 fois chez les femmes, le nombre total des cas étant 85. Voltolini (1) avait observé l'ozène exclusivement chez les femmes. Schæffer (2) dans 123 cas d'ozène, l'avait vu 74 fois chez les femmes et 49 fois seulement chez les hommes. Pour mon compte, je n'ai observé cette affection que chez les femmes.

Prenant comme point de départ ce fait que l'ozène se manifeste particulièrement dans l'enfance et à l'âge de la puberté, précisément de 7 à 11-20 ans, et qu'on ne l'observe presque jamais chez les vieillards, Moura (3) en vient à cette conclusion que la maladie guérit de soi-même avec l'âge et que peut-être cette guérison est favorisée par les modifications séniles qui se produisent dans la structure des parties osseuses et cartilagineuses du nez.

Quant aux altérations pathologiques de l'ozène, voici ce que l'on observe. Au début de l'affection, la muqueuse nasale se tuméfie et il s'en écoule une sécrétion abondante ; plus tard elle s'atrophie en amenant non seulement l'atrophie des glandes, mais aussi l'atrophie des cornets mêmes. Les recherches de Zuckerkandl (4) ont démontré que dans cette affection, non seulement les parties molles, mais les cornets aussi s'amincissent, s'aplatissent et se rétractent en devenant plus élastiques. La muqueuse se fronce, se plisse, le tissu caverneux disparaît, et la muqueuse, amincie, décolorée, luisante, rappelle plutôt un tissu séreux qu'un tissu muqueux. L'atrophie n'affecte pas toujours simultanément les trois cornets, mais tantôt l'un, tantôt l'autre, en général des deux côtés ;

(1) MICHEL. *Die Krankheiten der Nasenhöhle und des Nasenrachenraumes.* Berlin, 1876, p. 31.

(2) *Monatschr. f. Ohrenh.*, 1881, n° 4.

(3) *Manuel pratique des maladies des fosses nasales,* etc. Paris, 1886, p. 105.

(4) *Loc. cit.*, p. 87 et les suiv.

toutefois on a observé des cas d'atrophie unilatérale des cornets.

Le Dr R. Schuchard (1), à la demande du professeur Volkmann, avait examiné la muqueuse nasale dans l'ozène; il pense que le fond anatomique de l'ozène est constitué par un tissu rappelant le tissu cicatriciel, qui a remplacé la muqueuse nasale, avec transformation de l'épithélium cylindrique vibratile en épithélium plat corné, lequel par conséquent ne peut pas être éliminé de la cavité nasale aussi aisément que le premier. D'après l'auteur, la fétidité dans l'ozène est due à la décomposition de l'épithélium plat, excessivement prolifique, ainsi que cela a lieu dans les interstices séparant les orteils l'un de l'autre.

Gottstein (2) a pu faire l'autopsie d'un sujet mort d'une pneumonie caséeuse et simultanément affecté d'ozène. Il n'a pas réussi à examiner les cartilages et les os du nez; mais il a trouvé la muqueuse très amincie. A l'examen microscopique, on a constaté une dégénérescence fibreuse de la muqueuse avec infiltration partielle et atrophie des glandes muqueuses. En général, l'atrophie de la muqueuse nasale dans l'ozène présente, pour ainsi dire, l'aspect de la cirrhose, c'est-à-dire qu'elle est le résultat d'un processus inflammatoire du tissu avec épaississement suivi d'une rétraction consécutive.

Le Dr Potiquet (3) a émis l'hypothèse que la forme particulière du nez que l'on observe très fréquemment chez les individus affectés d'ozène (le nez de ces individus est pour la plupart épaté, camus, à narines larges) est précisément sous la dépendance du processus atrophique qui se passe dans la muqueuse et réagit sur la charpente osseuse du nez; déformation qui a pour conséquence la disproportion dans l'accroissement des os du crâne et du nez, en sorte

(1) *Arch. f. klin. Chirurgie*, 1889, XXXIX, p. 211.

(2) Ce passage est cité d'après Mackenzie (*loc. cit.*, p. 157).

(3) Congrès international de Laryngologie. Paris, 1889, p. 373.

que ces derniers restant toujours en arrière des premiers, n'atteignent point le degré normal de leur développement.

Il y a plusieurs opinions sur la nature du coryza fétide. Ainsi Zaufal (1) et Alfred Martin (2) admettent l'existence de l'ozène vrai, c'est-à-dire d'une affection qui est sous la dépendance d'une malformation congénitale dans le développement des cornets, d'un arrêt dans le développement du cornet inférieur (de l'os et de la muqueuse qui le recouvre) d'un côté, ou, ce qui arrive plus fréquemment, des deux côtés; il n'est pas rare dans ce cas de constater un arrêt simultané dans le développement du cornet moyen et de l'os ethmoïde. Cette petitesse des cornets a pour résultat consécutif une étendue considérable de la cavité nasale; c'est bien à cette disproportion entre l'étendue des fosses nasales et la force qui sert à chasser l'air expiré, que ces auteurs attribuent l'odeur fétide du nez, vu qu'une aussi considérable disproportion ne permet pas au malade de débarrasser complètement son nez du mucus qui vient l'obstruer. Ce mucus s'y amasse en formant des croûtes, s'y décompose et exhale une odeur fétide. Lorsque ces croûtes deviennent assez abondantes, la disproportion en question cesse pour un moment, et les malades parviennent enfin à se moucher, ce qui a lieu périodiquement, tous les trois ou quatre jours. Chez les tout petits enfants il n'y a point d'ozène, car avec la petitesse de leur cornet inférieur coïncide la petitesse de leurs fosses nasales. La disproportion ci-dessus mentionnée ne peut atteindre les enfants qu'à l'âge de 10 ou 11 ans, et c'est en effet à cet âge que se développe généralement l'ozène vrai.

Ces individus se distinguent parfois par la forme extérieure de leur nez qui se montre chez eux pour ainsi dire écrasé à la racine (en forme de selle, suivant l'expression de Zaufal); toutefois ce phénomène n'est guère constant (3).

(1) *Archiv. f. Ohrenheilk.* Bd XI, p. 194.

(2) *De l'ozène vrai.* Paris, 1881.

(3) ZUCKERKANDL (*loc. cit.*, p. 90), à l'examen de 252 crânes d'enfants n'a

Michel (1), tout en partageant à un certain point de vue les idées de Zaufal, ne les trouve pas néanmoins complètement suffisantes pour expliquer les symptômes de l'ozène ; il attribue la cause de ce mal à l'affection de la muqueuse qui tapisse les sinus de l'os ethmoïde et du sphénoïde, et, à l'appui de son idée, il avance les arguments suivants : 1° l'insuffisance des altérations pathologiques présentées par les fosses nasales, pour expliquer l'ozène. Ainsi, par exemple, après que la muqueuse nasale, cédant à un traitement suivi, a repris en apparence dans toute son étendue son aspect normal, les malades n'en continuent pas moins de sécréter journellement une quantité plus ou moins considérable du mucus jaune, liquide, et s'ils omettent de laver leur nez pendant quelques jours, ce sont précisément les extrémités postérieures des cornets moyens et inférieurs, l'extrémité postérieure de la cloison et la voûte de la cavité naso-pharyngienne qui se recouvrent de croûtes abondantes, vu que les orifices des cavités de l'ethmoïde et du sphénoïde s'ouvrent dans la section postérieure des fosses nasales ; 2° la prédominance de la sécrétion dans leurs sections postérieures démontrant sa provenance de ces cavités ; 3° son odeur infecte témoignant de sa décomposition dans une cavité ; 4° la ténacité excessive de l'affection, qui ne saurait s'expliquer, si le siège du mal résidait dans la muqueuse nasale accessible au traitement.

Michel incrimina seulement les sinus du sphénoïde et du sphénoïde, se voyant obligé de faire abstraction de l'antre d'Highmore et des sinus frontaux. Il avait éliminé le premier, parce que, dans l'ozène, on n'observe pas de symptômes propres à l'inflammation de l'antre d'Highmore (odontalgie, rougeur et tuméfaction de la joue, etc.) ; pour ce qui est des sinus frontaux, ces derniers s'ouvrent dans les

---

observé qu'un seul cas où le cornet n'avait pas son volume ordinaire et cette anomalie était évidemment le résultat d'une atrophie précédente.

(1) *Loc. cit.*, p. 36.

fosses nasales au-dessous de l'extrémité antérieure du cornet moyen et, d'après Michel, c'est précisément en cet endroit qu'on rencontre très rarement la présence d'une sécrétion solide et liquide.

De même que Zaufal, Michel pense que le symptôme principal de l'affection est l'élargissement des fosses nasales, consécutivement à l'atrophie des cornets, notamment du cornet inférieur. Mais, à son avis, cette atrophie-là n'est pas congénitale (comme le pensent Zaufal (1) et Alfred Martin), mais acquise à la suite de coryzas réitérés, amenant l'hypertrophie du tissu conjonctif sous-muqueux avec rétrécissement consécutif, l'évacuation et l'atrophie des vaisseaux sanguins ; or, ces troubles apportés à la nutrition du tissu déterminent surtout la réduction du cornet inférieur qui est le plus riche en réseaux sanguins (2). Ce fait explique aisément l'augmentation de la capacité des fosses nasales. Quant à la fétidité, il l'explique par ce fait que les fosses nasales ne peuvent expulser les masses sécrétées qui s'y accumulent et dont une partie forme des croûtes, tandis que l'autre se décompose en exhalant une odeur infecte.

La théorie de Michel serait la plus probable, si les recherches de Zuckerkandl, d'Hartmann et de Fränkel dans le domaine de l'anatomie pathologique n'avaient démontré que les cavités nasales supplémentaires ne sont pas affectées constamment dans l'ozène ; dans certains cas on n'a observé que l'injection de la muqueuse qui les tapisse ; parfois même on les a trouvées complètement inaltérées.

Zuckerkandl a adopté l'opinion que Fränkel avait émise sur l'ozène. D'après ce dernier auteur, l'ozène serait le résultat d'un catarrhe nasal purulent atrophique, succédant peu à

(1) Toutefois, récemment Zaufal penche vers l'opinion que l'atrophie du cornet inférieur dans l'ozène est acquise secondairement.

(2) ZUCKERKANDL a trouvé invariablement, en cas d'atrophie du cornet inférieur une altération semblable de la muqueuse du sinus sphénoïdal.

peu au catarrhe nasal hypertrophique ; dans ce cas, l'atrophie graduelle des cornets deviendrait la cause de la spaciosité anormale des fosses nasales. Zuckerkandl (1) avait eu même l'occasion d'observer sur ses préparations anatomo-pathologiques la transition de l'hypertrophie de la muqueuse nasale à l'atrophie. L'atrophie de la muqueuse agirait sur la quantité et les propriétés chimiques de la sécrétion, tandis que l'élargissement des fosses nasales, en modifiant les rapports entre ces dernières et le courant d'air expiré, deviendrait la cause du séjour et de la décomposition des masses sécrétées.

Gottstein (2), à l'instar des auteurs ci-dessus mentionnés, attribue la nature de l'ozène à l'atrophie de la muqueuse des cornets, spécialement du cornet inférieur. D'après cet auteur, l'atrophie modifie la quantité et les propriétés de la sécrétion, laquelle à la longue se dessèche, se décompose et répand une odeur infecte.

Voltolini (3) pense que l'ozène dépend d'une décomposition de la sécrétion des glandes de Bowman, lesquelles, comme on le sait, se trouvent seulement dans les parties supérieures du nez où se ramifie le nerf olfactif. D'après l'auteur, l'affection dépendrait, selon toute probabilité, de l'altération des vaisseaux, car, si la muqueuse était seule intéressée, les glandes disparaîtraient, ce qui n'est point le cas, vu que leurs fonctions demeurent inaltérées et qu'il s'y fait un écoulement continu de la sécrétion.

Quoi qu'il en soit de ces théories, il ne faut pas oublier que l'état d'atrophie de la muqueuse nasale (comme je l'ai déjà signalé plus haut) peut bien être le résultat d'un catarrhe prolongé sans trace d'ozène, ce qui a été confirmé par les recherches anatomo-pathologiques (Zuckerkandl) et de plus par ce fait que certains auteurs ont observé l'ozène survenant dans le cours d'une tuméfaction très pro-

(1) *Loc. cit.*, p. 92.
(2) *Monatschrift f. Ohrenheilk.*, 1878, p. 161.
(3) *Loc. cit.*

noncée de la muqueuse nasale, mais surtout des cornets (Ziem (1), Felix Semon (2), Zinowieff (3). Par conséquent l'atrophie de la muqueuse nasale n'est pas un caractère absolument propre à l'ozène, sans parler de ce fait que l'atrophie peut exister, n'amenant pas les symptômes de cette affection (4).

Ainsi, l'atrophie doit être accompagnée d'un agent dont dépendrait la fétidité; or, maintenant la plupart des auteurs voient cet agent dans un ferment *sui generis*, lequel en atteignant la muqueuse des fosses nasales détermine la décomposition putride de sa sécrétion (Ziem, Lœvenberg, Zinowieff, etc.). Lœvenberg (5) et plus tard Arthur Thost (6) ont trouvé dans l'écoulement fétile de l'ozène, des diplococcus d'un aspect particulier, qu'ils considèrent comme les microbes spécifiques de l'affection. A l'examen de la sécrétion qui s'écoule des fosses nasales, on parvient à y trouver, en dehors des coccus mentionnés, un nombre considérable d'autres micro-organismes inférieurs. Les auteurs, n'ayant pas procédé à des cultures et à des greffes propres de diplococcus, leur opinion ne saurait être envisagée autrement que comme une hypothèse (7).

---

(1) *Monatsehr. f. Ohrenheilk.*, 1880, n° 4.

(2) MACKENZIE. *Die Krankheiten des Halses und der Nase.* Berlin, 1884, p. 451.

(3) *Quelques remarques sur le coryza fétide.* Moscou, 1882.)

(4) MACKENZIE. *Die Krankheiten des Halses und der Nase.* Bd II, p. 457.

(5) Die Natur und die Behandlung der Ozæna. *Deutsehe med. WS.* 1885, n° 1.

(6) *Deutsche Medic. WS.*, 1886, p. 161.

(7) Le Dr M. FELICI (Congrès de Laryngologie. Paris, 1889, p. 393) ayant examiné le produit de la sécrétion nasale dans l'ozène y a trouvé de très grands diplococcus, tout à fait semblables aux diplococcus de Lœvenberg, et entourés d'une capsule hyaline. En même temps il a trouvé une certaine quantité de micrococcus et de diplococcus de plus petites dimensions et quelques bacilles. Les cultures de l'écoulement de l'ozène sur de la gélatine et l'agar-agar exhalaient une odeur aussi fétide que celle de l'ozène vrai; toutefois l'auteur, paraît-il, ne réussit pas à isoler ses bacilles.

Le Dr S. MARANO (Sur la nature de l'ozène. *Archives de laryngologie et*

Zinowieff envisage l'ozène comme un processus infectieux local dans lequel l'odeur fétide venant du nez serait le résultat de la décomposition et de la putréfaction des masses sécrétées sous l'influence de ferments venant du milieu extérieur ou des cavités voisines. Il reconnaît, par conséquent, la possibilité de l'origine locale de l'ozène et donne tort à ceux qui affirment que l'ozène ne se développe que sur un terrain dyscrasique ; toutefois il ne nie pas que les sujets scrofuleux ne soient plus spécialement prédisposés à cette affection que les autres. Certes, l'ozène qui s'est développé sous l'influence exclusive de causes locales (une dent cariée, un corps étranger, etc.), n'est jamais aussi tenace que celui qui se présente sous la dépendance de la dyscrasie. L'ozène déterminé par une cause locale est souvent unilatéral (1).

D'après Ziem un séjour continu dans une atmosphère remplie d'exhalaisons fétides peut transformer un coryza simple en coryza fétide. Il explique ce fait par la grande ténacité des substances odorantes, lesquelles, une fois fixées dans le nez, contribuent à la décomposition de la sécrétion.

---

*rhinologie*, III, n° 2, 1890, p. 39), en examinant au point de vue bactériologique le mucus nasal dans l'ozène, en vint à cette conclusion que dans cette affection on peut toujours constater la présence d'un micro-organisme auquel il a donné le nom de rhinobacillus. Le rhinobacillus est identique au diplococcus de Lœvenberg et est constamment entouré d'une capsule hyaline.

Contrairement à Lœvenberg, le Dr Marano n'a jamais constaté d'odeur dans les cultures pures ; toutefois l'odeur survenait 8-9 jours après, lorsque la gélatine commençait à se fluidifier. Marano pense que d'autres micro-organismes du mucus nasal jouent vraisemblablement aussi un certain rôle dans la production de la fétidité. Pour s'en convaincre il ajoutait à la culture propre du rhinobacillus le staphylococcus; en abandonnant ce mélange à la température de 34°-35°, il percevait, le jour suivant. une odeur rappelant celle de l'ozène, quoique plus faible; mais des inoculations aux animaux seraient encore nécessaires pour établir le rôle pathogénique du rhinobacillus de l'ozène.

(1) Les faits intéressants de cette affection ont été recueillis par Zinowieff dans sa brochure « *Quelques remarques sur le coryza fétide* », p. 37 et les suiv. Moscou, 1882.

En effet, en consultant la littérature du sujet, nous pouvons nous convaincre que les substances putrides en attaquant la muqueuse nasale altérée par le catarrhe déterminent la condition étiologique propice au développement de l'odeur fétide du nez, quoiqu'il soit très probable que la prédisposition de l'organisme même, la dyscrasie et surtout la scrofule jouent un certain rôle dans cette pathogénie. La muqueuse nasale, pourvue d'un nombre considérable de glandes et présentant de nombreuses anfractuosités, favorise l'accumulation de la sécrétion même et des ferments, ainsi que la décomposition des masses sécrétées, mais il est douteux, à mon avis, qu'elle puisse déterminer l'ozène vrai.

Bresgen partage l'opinion de Ziem. Quant à la coïncidence de l'atrophie de la muqueuse avec l'ozène, il l'explique par ce fait, que l'affection s'observe plus fréquemment chez des sujets pauvres, qui négligent leur coryza et vivent dans une atmosphère viciée. Ils viennent consulter le médecin alors que la maladie a traîné en longueur et que la muqueuse nasale a eu le temps de s'atrophier.

Krause (1), n'admettant aussi l'ozène que dans la forme atrophique, énonce une nouvelle théorie sur la cause de la fétidité ; il dit que dans cette affection la muqueuse ne conserve ses caractères propres qu'à des endroits très limités et que généralement elle se transforme en tissu conjonctif. Les cellules de la muqueuse nouvellement formées, subissent une dégénérescence graisseuse, avant leur évolution à la surface du tissu. Ces conditions déterminent la dessiccation et la décomposition des masses sécrétées. Dans la muqueuse altérée à ce point, on ne trouve que des cellules décomposées, lesquelles charrient avec elles à la surface, quantité de graisse et de pigment ; ici elles forment des croûtes avec l'épithélium détaché. Les graisses en se transformant en acides gras déterminent une odeur fétide. Aussi Krause pense que c'est dans le stade atrophique, non dans le stade

(1) *Monatschr. f. Ohrenheilk.*, 1881, p. 186.

hypertrophique, qu'un coryza chronique peut devenir la cause de la fétidité. Si l'on observe la fétidité dans ce dernier stade, on a tout lieu de supposer l'existence simultanée des deux périodes.

Fränkel (1) ne confirme pas la théorie de Krause. Il a fait trois autopsies de sujets atteints, pendant la vie, d'ozène et n'a pas trouvé de graisse dans la muqueuse nasale.

De tout ce qui a été dit jusqu'à présent nous pouvons conclure que les auteurs ne sont pas bien fixés sur la nature de l'ozène ni sur le mode de production de la fétidité dans cette affection. A mon avis, comme je l'ai déjà dit plus haut, les individus affectés d'ozène doivent présenter une anomalie congénitale de la muqneuse nasale et de ses dépendances, favorisant la décomposition de sa sécrétion sous l'influence des causes éventuelles. Il est tout à fait indifférent, dans la question qui nous occupe, de savoir si la cause déterminante réside dans les substances putrides, dans les ferments ou les micrococcus : le terrain seul est important. Un fait qui plaide en faveur de cette idée, c'est que la maladie débute généralement dès l'enfance (2) et traîne pour la plupart, toute la vie durant, ne présentant qu'une amélioration temporaire par intervalles, sous l'influence d'un traitement approprié. De plus, les individus vivant dans les conditions sociales les plus différentes, depuis la classe la plus misérable jusqu'aux sphères les plus élevées, peuvent être atteints d'ozène. Enfin bon nombre d'individus, souffrant de dyscrasies (scrofule, syphilis, etc.) et travaillant dans une atmosphère viciée, sont affectés de coryza chronique et, malgré tout, ne présentent pas d'ozène, tandis qu'une cause vraiment insignifiante et pour ainsi dire insaisissable suffit pour déterminer cette affection chez des sujets vivant dans les meilleures conditions du monde.

---

(1) *Trans. Intern. Med. Congress.* London, 1881, vol. III, p. 313.

(2) MACKENZIE (*loc. cit.*, p. 447), par exemple, dans sa pratique de vingt ans n'a observé que cinq fois l'ozène survenu à 30 ans passés.

Le siège de la maladie, à mon avis, est dans la muqueuse nasale ; ses glandes multiples et ses anfratuosités favorisent le séjour et la décomposition du mucus sécrété, d'autant plus que l'affection de la muqueuse dans l'ozène existe toujours, tandis que l'affection des cavités adjacentes (pouvant être aussi le siège du mal) n'est pas un phénomène constant, mais bien plutôt un épisode secondaire.

Différentes cavités peuvent être atteintes ; ainsi, Michel croit que l'ozène affecte le plus souvent les sinus de l'os basilaire et de l'ethmoïde ; Zinowieff avait plus fréquemment observé des complications du côté de l'antre d'Highmore et de l'ethmoïde ; cependant quelquefois toutes ces cavités demeuraient intactes.

Quant à la cause de l'atrophie de la muqueuse nasale dans l'ozène, les recherches anatomo-pathologiques démontrent qu'elle est comme dans la cirrhose, le résultat d'un épaississement inflammatoire préalable de la muqueuse. Cette prolifération du tissu conjonctif dans la muqueuse nasale, suivie d'une réaction consécutive de cette dernière, ne serait-elle pas aussi la conséquence de l'action irritante des processus de décomposition déterminant la fétidité ? Cette irritation qui détermine une congestion de la muqueuse et sa tuméfaction pourrait aussi bien expliquer le premier stade hypertrophique de l'ozène.

Le symptôme caractéristique de l'ozène est une odeur infecte exhalée par le malade, odeur qui le rend d'autant plus malheureux que, tout en ayant conscience qu'il sent mauvais, le malade lui-même ne perçoit pas en général cette mauvaise odeur, car l'olfaction dans cette maladie est sensiblement affaiblie, quelquefois même complètement perdue. L'intensité de l'odeur change souvent chez le même sujet sans intervention aucune de la thérapeutique. En un seul et même jour l'odeur est plus forte à de certaines heures et plus faible à d'autres. Certains malades exhalent une odeur plus forte en hiver qu'en été. Chez les femmes, l'odeur devient plus forte au moment des époques. Dans quelques

cas rares, l'olfaction non seulement persiste, mais elle devient plus subtile.

Un autre phénomène caractéristique est une expulsion périodique, se renouvelant tous les 4 ou 6 jours, par les fosses nasales, des masses de mucus, accumulées en forme de croûtes d'un blanc sale ou de couleur verte et d'une odeur excessivement fétide; comme symptôme moins constant, il faut citer la sensation de chatouillement et de prurit dans le nez qui oblige le malade à gratter et à égratigner continuellement sa muqueuse nasale, surtout celle de la cloison; cette démangeaison est accompagnée d'une sensation de sécheresse dans le nez. Parfois aussi la sensation de sécheresse est ressentie dans le pharynx; dans ce dernier cas, elle dépend d'un catarrhe sec de l'espace naso-pharyngien, qui vient s'y ajouter; toutefois ce dernier phénomène n'accompagne pas toujours l'ozène, bien que Michel le compte parmi les signes caractéristiques de l'affection.

Les sensations subjectives sont en général plus pénibles chez les sujets nerveux, chez les femmes principalement.

L'obtusion ou la perte de l'olfaction dépend peut-être de ce que les terminaisons du nerf olfactif, en s'étalant dans un domaine en partie congestionné, en partie recouvert d'une couche épaisse de mucus, sont isolées des agents irritants, dont l'action ne réagit pas sur les fibres nerveuses terminales (Michel); ou bien cette atrophie même affecte les terminaisons nerveuses (Krause, Zinowieff) en même temps que les autres parties constituantes de la muqueuse nasale.

La faculté gustative reste intacte.

La plupart des auteurs distinguent dans l'ozène deux périodes : la période hypertrophique et la période atrophique, bien que le passage de l'une à l'autre s'effectue avec une lenteur extrême, pour ainsi dire imperceptiblement. D'après Fränkel (1) ces deux périodes se présentent souvent simultanément; mais pour la majorité des cas, la période d'atrophie est consécutive à celle d'hypertrophie.

(1) *Loc. cit.*, p. 126.

Dans ces dernières années, j'ai eu aussi l'occasion d'observer l'ozène à sa période hypertrophique; toutefois, comme ces cas sont rares, je persiste à penser que très probablement cette période passe vite à la période atrophique ou bien — ainsi que le croient certains auteurs (Zinowieff) — l'ozène ne se développe pas toujours dans la période hypertrophique du catarrhe et — faisant défaut dans cette période — n'apparaît que dans la seconde, la période atrophique.

L'ozène, à sa période hypertrophique, présente les symptômes ordinaires d'un coryza chronique, accompagné seulement de fétidité.

A l'examen rhinoscopique à la période atrophique, les fosses nasales sont très spacieuses, tandis que les cornets, surtout le cornet inférieur, sont petits, comparativement. En les regardant par devant (à travers les narines), nous pouvons apercevoir non seulement la paroi postérieure du pharynx, mais aussi les orifices des trompes d'Eustache. La muqueuse adhère solidement au tissu sous-jacent et se présente avec une teinte d'un rose pâle ; dans les stades plus avancés elle est tout à fait pâle, à reflets mats, à la suite de la disparition des glandes et d'une lubrification insuffisante. La sécrétion de la muqueuse a diminué ; des croûtes d'un gris jaunâtre ou d'une couleur verdâtre sont adhérentes à la cloison et aux cornets et se distinguent par leur dureté. Le détachement de ces croûtes fait souffrir le malade et souvent détermine une épistaxis, mais généralement on n'observe pas d'ulcérations dans l'ozène.

En lavant les fosses nasales à l'aide d'une seringue, on voit la muqueuse reprendre pour un certain temps sa couleur rosée, mais, quelques minutes après, elle pâlit de nouveau.

Avec les croûtes s'écoule une sécrétion liquide d'un blanc jaunâtre, composée, histologiquement, de pus, de corpuscules muqueux, de débris de l'épithélium et de micro-organismes.

L'affection évolue avec une lenteur extrême. L'atrophie débute généralement par le cornet inférieur, puis à la longue

finit par intéresser toute la muqueuse du nez et du pharynx, quoique généralement elle soit plus ou moins prononcée sur des points isolés.

Quant au pronostic, je le crois peu favorable dans le sens de guérison parfaite, si toutefois l'ozène ne dépend pas d'une cause quelconque locale, facile à élucider (1). Parfois, sous l'action du traitement, l'odeur peut disparaître complètement pour un temps plus ou moins long, mais elle peut se représenter sans cause appréciable, ou souvent, à la suite d'une affection aiguë quelconque, au moyen d'un lavage d'eau salée. Avec les progrès de l'âge, la maladie semble guérir; du moins personne, à ma connaissance, ne l'a jamais observée chez les vieillards.

Le diagnostic se base principalement sur la présence d'une odeur infecte exhalée par le malade, et sur l'examen rhinoscopique. Quant à l'odeur, il reste à savoir si elle vient de la bouche ou du nez; pour l'examen rhinoscopique il faut se conformer aux données ci-dessus mentionnées et, de plus, il est de toute nécessité de s'assurer s'il n'y a pas de corps étranger dans le nez.

Des complications de l'ozène, je ne mentionnerai ici que la céphalalgie et le catarrhe simple et purulent de l'oreille moyenne. L'affection de l'oreille dans l'ozène dépend de ce fait, que consécutivement à l'élargissement des voies nasales, le volume de l'air aspiré augmente et en même temps cet air ne s'échauffe pas et ne se débarrasse pas suffisamment des substances étrangères qui y sont mélangées. Le cornet inférieur, qui protège à l'état normal, par son extrémité postérieure, l'orifice de la trompe d'Eustache, s'atrophie dans l'ozène; aussi, l'air non purifié et froid (2) arrive-t-il aisément

(1) Quelques auteurs néanmoins, — ainsi Jurasz par exemple (*Die Krankheiten der Oberen Luftwege. Erstes Heft.*, p. 53, 1890), — croient à la guérison définitive de l'ozène, après un traitement longuement suivi.

(2) A la suite de l'atrophie des cornets et de la diminution consécutive du contact de l'air aspiré avec la muqueuse des cornets, généralement riche en vaisseaux sanguins.

dans la trompe d'Eustache en déterminant l'irritation de ses parois et consécutivement celle de la cavité tympanique (Zaufal). Zinowieff, en dehors des causes que nous venons d'énumérer, en donne une autre ; d'après lui l'inflammation de l'oreille moyenne est déterminée par l'action irritante des gaz exhalés par le mucus nasal et arrivant par l'intermédiaire de la trompe d'Eustache dans la cavité du tympan (1).

Les sujets affectés d'ozène dans la plupart des cas ne se distinguent pas par une santé robuste ; c'est pourquoi, à côté du traitement local de l'ozène, il est indispensable de leur faire subir un traitement général ayant pour but l'amélioration de l'état général de l'organisme. Le séjour au bord de la mer, au moins pendant la saison d'été, concourt prodigieusement au traitement local de la maladie, surtout chez les enfants. En hiver il faut avoir soin de conseiller aux malades un logement aéré et tâcher de relever la nutrition de l'organisme en prescrivant à l'intérieur l'huile de foie de morue, le fer, l'arsenic, etc. Parmi toutes les préparations de fer dans ces cas je donne la préférence à l'Oleum martis, ayant constaté maintes fois que les malades, et surtout les enfants, se trouvent mieux de ce médicament que de tous les autres renfermant du fer. Mais le traitement le plus impor-

(1) Le Dr von MILLINGEN (*Archives d'ophtalmologie*, nos 11, 12, 1889) a observé dans le coryza fétide des affections ulcéreuses de la conjonctive et de la cornée, qui avaient débuté par des phlyctènes et envahi la cornée. Le traitement du coryza combiné avec le traitement local des yeux guérissait la maladie.

Le Dr LUC (*Archives de laryngologie*, etc., 1888, p. 101) a observé l'ozène trachéal chez trois malades. Cette affection accompagnait l'ozène nasal et se caractérisait par ce fait que l'odeur s'exhalait non seulement du nez, mais aussi de la bouche du malade, d'une façon continue, même immédiatement après le lavage du nez. Les malades crachaient tous les matins des croûtes d'une odeur repoussante, semblables à celles que l'on observe dans l'ozène. A l'examen trachéoscopique on pouvait voir des croûtes sur la muqueuse de la trachée. On réussit à découvrir dans ces croûtes des diplococcus de Lœvenberg. Le traitement consista dans une pulvérisation à la vapeur avec une solution de thymol (4/1000) 2 ou 3 fois par jour, 20 minutes chaque fois.

tant est, cela va sans dire, le traitement local. Avant tout, il faut tâcher de combattre la fétidité qui est le symptôme le plus pénible pour le malade. Aussi faut-il, autant que possible, débarrasser les fosses nasales des croûtes et du mucus qui s'y accumulent et empêcher la décomposition de la sécrétion. On emploiera de préférence pour le lavage les divers désinfectants qu'on a à sa disposition.

Lorsque le mucus forme des croûtes, on amollit préalablement ces masses desséchées en introduisant dans le nez des tampons d'ouate, enduits de linoline avec de la paraffine liquide, d'onguent de thymol dans de la vaseline 0,03 : 30,0 ou bien en les humectant d'une solution de soude dans de la glycérine : 0,3-0,9 pour 15,0, selon la formule de Zinowieff (1). Puis (aussi bien que dans les cas où le mucus se présente sous la forme liquide) on pratique le lavage du nez avec de l'eau tiède mélangée d'alcalis, afin de hâter la dissolution du mucus. L'eau tiède pure exerce à la longue un effet nuisible sur l'épithélium de la muqueuse, lequel se boursoufle et se détache par couches (Frölsch) (2).

Le lavage, suivant la quantité de la sécrétion, se fera 1, 2 ou 3 fois par jour; au début on emploiera des solutions plus faibles (surtout chez les enfants qui peuvent avaler une certaine quantité du liquide); puis, graduellement, on passera aux solutions plus concentrées. Comme médicaments on emploiera le chlorate de potasse avec de la soude ou du sel de cuisine (3), à parties égales, dans la proportion de 0,4 à 0,6 pour un verre d'eau tiède; ou bien la solution de sel marin ou de sel commun à 1/2 0/0. Je donne la préférence

(1) Il est utile de laisser de pareils tampons dans le nez des malades pendant la nuit lorsque les fosses nasales sont obstruées par l'accumulation des croûtes épaisses desséchées.

(2) *Archiv. f. Ohrenheilk.* Bd IX, p. 191.

(3) Kurz (*Monatschr. f. Ohrenheilk.*, 1879-1880, nos 4 et 8) vante beaucoup l'action du sel commun ; c'est grâce à l'emploi de ce moyen que Kurz a vu l'affection s'amender dans les cas où tous les autres moyens avaient échoué. Il prend une cuillère à soupe de sel pour un litre d'eau.

dans l'ozène à la combinaison des alcalis avec les désinfectants, par exemple, avec de la résorcine (0,4-0,8 pour un verre d'eau), avec du salicylate de soude, du borax (0,5-1,0 pour un verre d'eau).

Lœvenberg (1) a conseillé le lavage du nez avec une solution de sublimé corrosif (1 : 10000). Ce médicament exerce en effet une action très utile, toutefois une solution même aussi diluée détermine souvent une céphalalgie intense. Le Dr Malacrida (2) soigne l'ozène en faisant des applications de térébenthine. Il nettoie le nez au moyen d'eau salée, sèche la muqueuse à l'aide de l'ouate hygroscopique et introduit dans les narines des tampons d'ouate imbibée de térébenthine. Quelques minutes après, on retire ces tampons et on met à leur place de l'ouate sèche. Il est vrai que l'odeur infecte disparaît rapidement pour un certain temps, toutefois je me suis convaincu que la plupart des malades supportent difficilement ce mode de traitement à cause d'une céphalalgie qui ne tarde pas à survenir.

Le professeur Ebstein (3) pense que le baume du Pérou est un médicament excellent, si ce n'est pour obtenir la guérison de l'ozène, du moins pour faire disparaître l'odeur infecte. On enduit de ce baume la partie antérieure de la muqueuse avec un pinceau une fois par jour, et l'on introduit dans les parties profondes du nez un tampon d'ouate imprégné du même médicament.

Pour les lavages, le professeur Voltoni (4) préfère à tous les autres médicaments l'eau de goudron. Il procède au lavage avec une seringue. Il croit la douche de Weber difficile à manier à cause du peu d'intensité de son courant d'eau.

Chiari (5) recommande beaucoup de pratiquer, en même

(1) *Monatschr. f. Ohrenheilk.*, 1885, p. 285.

(2) *Gazzetta degli Ospitali*, 1886, 7 mars.

(3) *Allgem. med. Central. Zeit.*, 1889., nº 10.

(4) *Loc. cit.*

(5) *Erfahrungen auf dem Gebiete der Hals und Nasenkrankheiten.* Leipzig und Wien. 1887, p. 58.

temps que le lavage du nez avec la solution de sel commun au 1/2 0/0, le badigeonnage de la muqueuse nasale avec l'iodo-glycérine.

Le professeur K. Burkner (1) de l'Université de Göttingen, emploie avec succès les insufflations d'aristol.

En même temps que les lavages, il est bon de pratiquer des insufflations avec du nitrate d'argent en poudre ou de l'acide borique. Ce dernier médicament est recommandé dans l'ozène par Lœvenberg. Ces deux agents sont employés, mélangés avec du talc ou avec de l'amidon ; 0,2-0,6 parties de la pierre infernale pour 10,0 parties d'amidon et 0,6-1,2 parties d'acide borique pulvérisé très fin pour 10.0 parties de talc ou d'amidon. On fait l'insufflation 2 à 4 fois par semaine, suivant la réaction.

J'ai obtenu d'excellents résultats, dans le traitement local de l'ozène, des lavages du nez, avec une solution de sublimé corrosif (1 : 20000) suivis d'insufflation dans le nez de l'acide borique ou de l'iodol. L'acide borique est mieux supporté par les malades et exerce une action plus énergique sur l'odeur. J'emploie graduellement une solution de sublimé plus concentrée et j'arrive à 1/5000 parties d'eau, en alternant de temps en temps avec une solution concentrée de salicylate de soude (1 : 60).

Si les malades se plaignent d'une sensation pénible de sécheresse dans le nez, de douleurs, et si la peau du nez est rouge, il est préférable au début de la maladie de s'abstenir des lavages et des insufflations de poudres irritantes, en se bornant à badigeonner la muqueuse nasale avec les solutions de morphine, de cocaïne on de bromure de potassium dans de la glycérine, plusieurs fois par jour.

Dans les cas rebelles, si le traitement indiqué ne réussit pas, j'emploie le massage de la muqueuse nasale par le procédé du professeur Moritz Schmidt (de Frankfort). Pour le massage on emploie la sonde entourée d'ouate imbibée d'on-

(1) *Berlin. Klin. WS.*, 1891, p. 648.

guent de cresol iodique, à 5 0/0 et en appliquant la sonde sur la muqueuse, on fait des mouvements prompts. Ce procédé soulage surtout le sentiment de sécheresse dans le nez.

Dans le traitement de l'ozène il ne suffit pas pour la désinfection complète du nez de pratiquer une seule fois le dégorgement du mucus fétide; des particules de ce mucus en putréfaction peuvent rester dans les anfractuosités de la muqueuse nasale et deviennent de nouveau la source de la fétidité. Par conséquent, il faut en outre conseiller aux malades d'aspirer énergiquement l'air par le nez, plusieurs fois dans la journée, afin d'aspirer la sécrétion pour la cracher ensuite. Les observations de Braune et de Classen (1) avaient démontré qu'à l'aide de telles aspirations on peut éloigner la sécrétion et les ferments non seulement de la cavité nasale, mais aussi des cavités avoisinantes. Dans l'ozène fortement prononcé on a quelquefois recours dans le même but au moyen proposé par Ziem. On introduit derrière le palais mou du malade un cathéter recourbé en forme d'une S, puis on le met en communication, à l'aide d'un tube en caoutchouc, avec un ballon où l'air est aspiré. Si le malade, à ce moment, vient à fermer et à ouvrir alternativement l'un ou les deux orifices nasaux, il se fait une condensation d'air dans la cavité nasale et les cavités avoisinantes parfaitement suffisante pour éliminer les restes de la sécrétion et les gaz putrides, sans danger aucun d'une affection consécutive de l'oreille.

En se basant sur sa théorie que l'ozène est sous la dépendance d'une altération des sinus du sphénoïde et de l'ethmoïde, Michel conseille comme traitement dans cette maladie le rinçage des cavités ci-dessus mentionnées, et à cet effet il propose le procédé suivant : le liquide médicamenteux, aussitôt injecté dans une narine et rejeté par la narine voisine, Michel ordonne au malade de retirer la seringue du nez et de serrer les deux orifices nasaux entre le pouce et l'in-

(4) *Monatsschr. f. Ohrenh.*, 1880, n° 4.

dex. Puis la tête du malade est fortement inclinée en avant et en bas et il demeure dans cette position pendant quelques secondes. Pendant ce temps, d'après Michel, le liquide doit pénétrer dans les cavités nasales supplémentaires (dont les orifices parviennent à ce moment à se dégager du mucus qui les obstruait) et le plus aisément dans la cavité du sphénoïde et de l'ethmoïde. Michel voit la preuve de cette pénétration dans ce fait que, pendant les manipulations, le malade éprouve une sensation douloureuse dans le front, au-dessus des yeux; le liquide, une fois le rinçage terminé, continue à s'écouler du nez par petites gouttes (1) pendant quelque temps encore. L'emploi de ce moyen thérapeutique m'avait rendu service dans quelques cas d'ozène, bien qu'il soit difficile de juger quelle fut ici la part du rinçage des cavités, et si le liquide arrivait réellement dans ces cavités. Les sinus supplémentaires ne sont d'ailleurs pas toujours affectés dans l'ozène. Ziem (2), par exemple, nie même complètement la possibilité de pénétration du liquide par cette voie dans les cavités du sphénoïde et de l'ethmoïde; d'après Ziem, on ne pourrait arriver à la rigueur, avec la solution injectée par le procédé de Michel, que dans les sinus frontaux et l'antre d'Highmore. Quant aux sinus sphénoïdaux, le liquide ne saurait y pénétrer que dans la position horizontale du malade sur le dos ; mais dans ce dernier cas le liquide arriverait aisément dans la cavité du tympan (Ziem). Or, le Dr Josef Neumann (3) avait démontré dans ses expériences sur les cadavres, que le lavage des cavités nasales supplémentaires à travers le nez par les voies naturelles serait tout à fait impossible, même dans certaines positions de la tête et à l'état normal de la muqueuse nasale. L'état congestionné de cette dernière rendrait ce lavage encore plus difficile par suite de la tuméfaction des orifices de sortie des sinus.

(1) MICHEL. *Loc. cit.*, p. 43.

(2) *Monatschr. f. Ohrenheilk.*, 1880, n° 4.

(3) *Monatschr. f. Ohrenheilk.*, 1890, p. 55.

# FAITS CLINIQUES

## OSTÉOME DES FOSSES NASALES

Par le Dr **Le Bec**

Chirurgien de l'hôpital St-Joseph.

Eugénie B..., 23 ans, couturière, entre à l'hôpital St-Joseph en novembre 1891.

Les antécédents de la malade ne font rien apprendre d'utile. Il y a 18 mois, elle a senti que la narine gauche était obstruée, et que le passage de l'air devenait de plus en plus difficile. Pensant que c'était un simple rhume, elle négligea complètement de se soigner. Elle avait cependant une céphalalgie persistante, et souffrait quelquefois tellement, que le sommeil devenait impossible.

En octobre 1891, elle vint consulter le Dr Chatellier, chargé du service des maladies du nez à l'hôpital St-Joseph. Celui-ci la soumit à un traitement par l'iodure de potassium. Les cornets paraissaient tuméfiés à gauche et légèrement saignants.

Vers le 15 octobre les douleurs furent plus vives et pendant une nuit il se fit un écoulement purulent qui parut soulager la malade. En même temps la malade vit une tuméfaction se former à l'angle interne de l'œil gauche. Cette tuméfaction grossit rapidement et devint sensible au toucher.

L'œil gauche fut lentement repoussé vers la tempe, mais depuis huit jours l'exorbitis a rapidement augmenté.

*État actuel.* — La figure est déformée à gauche. La base du nez est très élargie. L'œil gauche est fortement déjeté en dehors, et la ligne médiane du nez forme une courbe à convexité à droite.

La narine gauche est élargie. On y voit facilement une masse rouge, saignant au moindre contact et obstruant complètement le passage.

Un stylet arrive immédiatement sur une tumeur osseuse, très dure, et dénudée par places.

La tumeur soulève l'os unguis, et est très dure. La vision est trouble à gauche, et par moments tout à fait impossible.

L'audition est parfaite.

La voix est nasonnée.

La crête du palais n'est pas repoussée en bas. Dans la narine, on voit en plus de petit polypes muqueux.

Le diagnostic porté par le Dr Chatellier et moi est *ostéome éburné.*

*Opération.* — Incision verticale du nez sur la ligne médiane. Les os propres du nez sont écartés et tout le côté gauche est rabattu sur la joue. On voit immédiatement la tumeur qui remplit la cavité nasale gauche très dilatée et qui repousse à droite la cloison. La muqueuse qui le couvre est fongueuse et saignante.

L'ostéome est détruit peu à peu avec la gouge et le maillet, très lentement, parce que la tumeur est très dure, et que le pédicule n'est pas accessible. Au bout d'un temps assez long, j'arrive sur le fond de la tumeur et le pédicule qui est fixé à la face interne de l'aile interne de l'apophyse ptérygoïde.

A la face postérieure de ce fragment se trouve appendu un assez volumineux polype muqueux. Le pédicule est enlevé par arrachement et sans effort.

J'enlève ensuite la portion de tumeur qui soulève l'angle interne de l'œil.

La grande cavité qui reste est alors comblée avec des bandes de gaze iodoformée, dont l'extrémité sort par la narine. Suture de la narine remise en place.

Les mèches de gaze iodoformée sont enlevées, le 3e jour, les fils des sutures, le sixième, et la malade quitte l'hôpital, le 10e jour.

La malade a été revue plusieurs fois. L'œil tend à rentrer peu à peu dans l'orbite, et la vision est meilleure. La respiration est facile et la céphalalgie a disparu. La malade est venue se faire visiter en février 1892, se plaignant de douleurs dans le ventre, et de pertes utérines, et, malheureusement pour elle, nous avons constaté l'existence d'un épithélioma du col, parti de la lèvre postérieure, et ayant déjà détruit le cul-de-sac postérieur.

La tumeur forme une masse osseuse du volume d'un œuf. Elle est constituée par des portions dures, complètement éburnées, et d'autres très spongieuses. Les portions éburnées sont celles de la partie antérieure; en arrière étaient les régions spongieuses, sauf le pédicule qui est dur. La superficie est couverte de petits mamelons séparés par des sillons assez profonds, et au niveau desquels la muqueuse est peu adhérente.

# ANALYSES ET COMPTES RENDUS

## I. — Nez

**Ueber die Sondirbarkeit der Stirnhöhlen. (De la possibilité de sonder les sinus frontaux)** par le Dr Cholewa, de Berlin. In *Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, 1892, n° 8, p. 221.

D'après l'auteur, le principal obstacle au cathétérisme des sinus frontaux réside non pas dans la disposition et la forme du cornet moyen dont l'extrémité antérieure, quand elle est hypertrophiée ou trop rapprochée de la paroi nasale externe, peut être refoulée en dedans ou même réséquée, mais dans la présence d'une cavité osseuse, dite bulle frontale qui, très développée chez certains sujets, proémine dans l'intérieur du sinus frontal correspondant dont l'ouverture se présente à la sonde quand celle-ci est dirigée un peu trop en avant. Dans certains cas, l'infundibulum serait même complètement imperméable et l'on trouverait alors un canal accessoire situé en dehors de lui mais dont le trajet long et étroit ne communique avec la cavité nasale que par l'intermédiaire des cellules ethmoïdales les plus antérieures.

Ces anomalies, ajoute l'auteur, ne se rencontrent guère que dans une proportion de 20 cas sur 100.

Si l'on tient en outre compte de l'autre proportion approximative de 20 cas sur 100 dans lesquels la difficulté du cathétérisme est la conséquence d'une déviation de la cloison ou d'une disposition défavorable du cornet moyen, il reste une proportion de 60 cas sur 100 dans lesquels le sondage du sinus frontal est non seulement possible mais même facile.

Pour cette opération, C. a adopté la sonde préconisée par Hansberg, dont l'extrémité, sur une longueur de 3 centimètres, fait avec le reste de la tige un angle de 125° ; il est seulement d'avis de couder en outre cette extrémité légèrement en dehors. L'instrument ne doit être abaissé vers le plancher nasal qu'après que son extrémité a pénétré verticalement dans l'infundibulum. Ce n'est qu'alors qu'on la dirige obliquement en haut, en dehors et en avant. En abaissant prématurément le manche de l'instrument on risquerait d'engager la sonde dans la bulle frontale qui proémine à la partie antérieure du plancher du sinus.

Luc.

**Meine Erfahrungen über die Kieferhöhleneiterung. (Résultats de mon expérience sur la suppuration de l'antre d'Highmore)**, par le Dr G. KILLIAN, de Fribourg-en-Brisgau. In *München. med. Wochenschr.*, 1892, nos 4 et suiv.

Dans cet important travail, K. nous donne les résultats de ses études de ces quatre dernières années, ayant porté sur 40 cas d'abcès du sinus maxillaire.

Tout en reconnaissant que cette suppuration reconnaît, dans la majorité des cas, une origine dentaire, il pense qu'elle peut être aussi, bien que beaucoup moins souvent, d'origine nasale, au même titre que la suppuration des autres sinus. Il a d'ailleurs observé des recrudescences de la suppuration de l'antre, dans le cours de phlegmasies nasales, intercurrentes. Il a d'autre part observé souvent des lésions nasales secondairement développées au voisinage de l'hiatus semi-lunaire, sous forme de masses polypeuses et d'une hypertrophie de la lèvre antérieure de cet hiatus simulant, comme l'a montré Kaufmann, le cornet moyen. Dans plusieurs cas, l'écoulement purulent avait lieu par l'orifice postérieur de la fosse nasale et ne pouvait être mis en évidence que par la rhinoscopie postérieure.

K. pense que, dans les cas où la région de l'hiatus semi-lunaire est accessible aux regards, soit naturellement, soit à la suite de la résection de l'extrémité antérieure du cornet moyen, la région dans laquelle se reproduit le pus, après un premier lavage de la fosse nasale, peut indiquer sa provenance. Se reforme-t-il dans la région supérieure de cet hiatus, il provient du sinus frontal; le voit-on reparaître au contraire dans sa portion inférieure et notamment, après que le malade a tenu quelque temps la tête inclinée en bas et en avant, il provient du sinus maxillaire; on pourra enfin admettre qu'il tire sa source des cellules ethmoïdales antérieures, quand on le voit sourdre au-dessus de la bulle ethmoïdale.

L'auteur a d'ailleurs noté sept fois la coïncidence de la suppuration du sinus frontal avec celle du sinus maxillaire et il pense que la suppuration du premier peut secondairement infecter le second, par pénétration du pus d'origine frontale dans sa cavité.

Il est partisan du cathétérisme de l'orifice naturel du sinus maxillaire et du lavage pratiqué par la même voie. Il a pu pratiquer cette opération dans 27 de ses cas et la considère comme indiquée avant toute autre.

En revanche il montre peu d'enthousiasme pour la méthode d'éclairage de la face qu'il considère comme un moyen de diagnostic infidèle, en raison de l'inégalité d'épaisseur des os de la face, d'un sujet à un autre.

Nous avouons ne pas nous associer à cette façon de voir et l'auteur nous paraît fonder plutôt son opinion sur des considérations théoriques que sur une tentative sérieuse d'application de ce procédé qui nous a rendu, pour notre compte, de signalés services et nous a seul permis, dans certains cas difficiles, de poser un diagnostic précis.

Quand le lavage par l'orifice naturel s'est montré impraticable ou inefficace pour la guérison, K. pratique l'ouverture du sinus par un alvéole dentaire, après extraction d'une dent, s'il constate une carie de la 2e petite molaire ou de l'une des deux premières grosses molaires. Dans le cas contraire, il perfore l'os maxillaire à la base de l'apophyse zygomatique.

Les difficultés à la sortie des liquides de lavage par le nez, à la suite de l'une de ces opérations, peuvent tenir à la présence de masses polypeuses dans le méat moyen. Leur extirpation rétablit généralement de suite la perméabilité de l'orifice naturel. Si ces lésions font défaut, ou si l'extraction des polypes ne donne pas le résultat désiré, le défaut d'écoulement du liquide par la fosse nasale peut tenir à ce qu'on est en présence d'un kyste suppuré du sinus ainsique K. en a observé un cas remarquable.

Dans les cas de suppuration rebelle, K. conseille comme nous l'ouverture large du sinus par la fosse canine, après chloroformisation; mais il reconnaît que cette opération elle-même, suivie d'une exploration soigneuse de la cavité avec le petit doigt et du curettage des fongosités qu'on y découvre, ne donne pas toujours, du moins à bref délai, la guérison radicale qu'on lui demande.

L'auteur termine son travail en cherchant à distinguer, entre les divers cas de suppuration du sinus maxillaire, un certain nombre de formes cliniques différant, les unes des autres, par les conditions étiologiques, les caractères de l'écoulement et la durée.

C'est ainsi qu'il distingue, avec observations à l'appui, à côté des faits de suppuration chronique d'origine dentaire : 1° le catarrhe simple aigu ; 2° le catarrhe purulent aigu ; 3° la suppuration aiguë consécutive à l'ostéo-périostite d'une racine dentaire ; 4° le catarrhe muqueux chronique non fétide.

Ce travail est en somme une précieuse contribution à nos connaissances sur la question et marque une tentative sérieuse de classement de faits cliniques distincts que l'on a eu jusqu'ici le tort de confondre sous la dénomination vague et parfois impropre d'*empyème de l'antre.*

LUC.

**Ueber die Beziehungen zwischen Erkrankungen der Nase und des Auges. (Des relations entre les affections nasales et oculaires)**, par le Dr LIEVEN, de Wurzbourg. In *Deutsch. med. Wochenschr.*, 1er décembre 1892.

L'auteur après une courte revue de la question rapporte plusieurs faits dans lesquels un larmoiement tenace coïncidait avec un état hypertrophique de la muqueuse nasale et disparut à la suite de la cautérisation de ces lésions. LUC.

**Ueber die anatomischen Verhältnisse der Stirnhöhle und ihrer Ausmündung. (Des particularités anatomiques des sinus frontaux et de leur orifice terminal)**, par le Dr ARTHUR HARTMANN. In *Langenbeck's Archiv.*, Bd XLV, Heft 1.

H. nous rapporte dans ce travail l'observation d'un homme qui, à la suite d'une chute de cheval, en 1870, éprouva de la céphalalgie et des attaques épileptiques jusqu'en 1879. Depuis 10 ans, les douleurs avaient augmenté d'intensité et s'étaient cantonnées à la région fronto-orbitaire gauche. H. vit pour la première fois cet homme en juillet 1891 et, soupçonnant une suppuration du sinus frontal, malgré l'absence de symptômes nasaux, il réussit, au prix de vives douleurs, à cathétériser ce sinus et a en éliminer un liquide muco-purulent, au moyen d'une canule. Le diagnostic ainsi posé, le sinus fut ouvert avec la gouge, par la voie frontale, et le conduit naso-frontal élargi (également avec la gouge), après résection, au moyen du conchotome, de l'extrémité antérieure du cornet moyen.

Disparition consécutive de la céphalalgie et des symptômes cérébraux.

A l'occasion de cette communication faite au 21e congrès de la Société de chirurgie de Berlin, H. a présenté à ses collègues un grand nombre de pièces qui montrent les nombreuses différences de constitution anatomique du sinus frontal et notamment de son orifice nasal.

Dans la majorité des cas, ce sinus n'aboutirait pas à un canal fronto-nasal, mais il s'ouvrirait largement sous l'extrémité antérieure du cornet moyen.

Il arrive souvent, en revanche, que la portion du sinus, siégeant inférieurement à la racine du nez, se trouve plus ou moins rétrécie par les cellules éthmoïdales antérieures, dont quelques-unes s'ouvrent dans sa cavité, en sorte que la sonde que l'on cherche à introduire dans le sinus

frontal peut faire fausse route dans ces cavités. En somme, dit l'auteur, l'accès du sinus peut être rendu difficile ou inabordable :

1° Par un fort développement, un enroulement prononcé, ou une disposition cavitaire du cornet moyen ;

2° Par une forte saillie de l'apophyse unciforme vers la ligne médiane;

3° Par une forte saillie de la bulle éthmoïdale comblant plus ou moins la cavité de l'infumdibulum.

En dépit de ces obstacles, H. croit le cathétérisme du sinus frontal pratiquable dans près de la moitié des cas. Il ajoute que, si l'on peut par cette voie rétablir largement la perméabilité du conduit frontal et pratiquer par là des lavages détersifs, on évite la nécessité de la trépanation par voie frontale antérieure.

LUC.

**Nasal Hydrorrhæa.** (**Hydrorrhée nasale**), par le Dr C. E. BEAN. In *N. Y. med. Jour.*, 10 déc. 1892, p. 650.

L'hydrorrhée nasale essentielle, c'est-à-dire celle qui n'est pas due à un traumatisme, est une maladie heureusement rare. Débutant brusquement, sans symptômes prémonitoires, ou bien, dans certains cas, précédée d'attaques d'éternuements semblables à celles de la fièvre des foins, elle s'accompagne assez fréquemment de conjontivite et de céphalalgie frontale. Sauf l'hypertropnie de la muqueuse qui est considérable dans certains cas, il n'y a pas de lésions spéciales. Le liquide sécrété est séreux, clair, et peut, à la longue, amener l'excoriation de la lèvre supérieure. La durée de l'attaque est très variable : de quelques jours à plusieurs semaines. Il arrive souvent que la disparition des symptômes nasaux coïncide avec l'apparition d'une bronchite ou d'un accès d'asthme. L'hydrorrhée nasale peut disparaître aussi brusquement qu'elle a commencé et laisser le malade indemne pendant très longtemps.

OBSERVATION I. — Une dame de 30 ans sujette à des accès d'asthme, depuis plusieurs années, a été atteinte d'hydrorrhée nasale dont le début remonte à plusieurs semaines, et a coïncidé avec la disparition de l'asthme. On constate l'existence de polypes dans les deux fosses nasales, et leur extirpation fait cesser l'hydrorrhée : celle-ci reparaît au bout d'un an pour disparaître de nouveau après l'ablation des polypes qui s'étaient reproduits. La malade est restée indemne pendant trois ans. Depuis le mois de mars 1892, elle a eu plusieurs attaques d'hydrorrhée dont la durée a varié de un à huit jours et qui ont cédé à l'administration de

strychnine, de belladone, et de camphre. Les polypes ne s'étaient pas reproduits.

Obs. II. — Femme de 32 ans, prise subitement, en septembre 1890, d'une attaque d'hydrorrhée nasale sans aucun symptôme prémonitoire ; au bout de trois semaines, une crise d'asthme vient mettre fin à l'hydrorrhée. Trois mois après, nouvelle attaque d'hydrorrhée qui dure trois semaines et ne cède qu'après l'administration de fortes doses de lobélie et de belladone. Ces deux attaques se produisirent à l'époque des menstrues ; la malade, qui avait un déplacement de l'utérus, semblait retirer grand bénéfice du port d'un pessaire, tant au point de vue du traitement local qu'au point de vue du traitement général, et chaque fois qu'elle l'enlevait, son hydrorrhée prenait une intensité nouvelle. Les applications locales de belladone, morphine, cocaïne, etc., sur la muqueuse nasale, ne furent d'aucun secours, et seul le bromure de sodium à hautes doses parut apporter un soulagement à la malade. Depuis, les attaques n'ont pas reparu.

Obs. III. — Un homme de 45 ans, atteint de catarrhe nasal, et sujet à la fièvre des foins, est atteint d'hydrorrhée nasale en janvier 1890, et du côté gauche seulement. Il existait en même temps une violente conjonctivite. Les applications locales, la médication interne ne donnèrent aucun résultat. La cautérisation des cornets amena une cessation momentanée de l'écoulement qui reparut bientôt avec plus d'intensité. Ce n'est qu'en changeant de climat que le malade fut guéri.

On remarquera la diversité des moyens qui ont amené, dans ces trois cas, une amélioration dans l'état des malades, et, en somme, comme le fait très justement observer l'auteur, en dehors d'indications locales nettes (polypes) la thérapeutique ne donne que des résultats peu brillants.

Gouly.

**Sur un nouveau cas de chancre induré de la fosse nasale gauche,** par le Dr E.-J. Moure. In *Revue de laryngologie, etc.* 1er juillet 1892.

Le malade présentait, au niveau du cartilage quadrangulaire, une ulcération saillante ayant environ les dimensions d'une pièce de cinquante centimes ; la cloison était très épaissie, l'orifice de la narine gauche en grande partie obstrué par le néoplasme. La nature spécifique de l'ulcération ne devint absolument évidente que le jour où apparurent les accidents secondaires. En raison de l'absence de toute autre porte d'entrée

ouverte à la syphilis, de la longue durée relative et de la disparition graduelle de la lésion nasale, sous l'influence du traitement, l'auteur est amené à conclure à l'évolution d'un chancre induré de la fosse nasale.

GOULY.

## II. — LARYNX, TRACHÉE

**La tuberculose du larynx dans l'enfance,** par le Dr PLICQUE.
In *Annal. des malad. de l'oreille, etc.*, avril 1892.

Deux paragraphes statistiques établissent la rareté de la tuberculose laryngée de l'enfance. Cette affection est d'autant plus rare que l'enfant est plus jeune.

Le fait frappant est la dissémination des lésions chez l'enfant tuberculeux; il n'est donc pas surprenant de voir le larynx atteint comme le sont les reins, le foie, le cerveau.

La symptomatologie se résume en 2 ordres de faits : altération de la voix et douleur laryngée. Celle-ci plus rare que l'enrouement, d'après Barthez, ne va jamais jusqu'à la dysphagie si pénible de l'adulte. Généralement, pas de dyspnée.

L'examen laryngoscopique est difficile; on en connaît les raisons, en particulier la forme et la situation de l'épiglotte. Quand cet examen est praticable, on constate une muqueuse rouge, striée; des vésicules saillantes se montrent sur les cordes qui sont couvertes de muco-pus; il y a paresse des cordes, du fait de ces altérations.

Le diagnostic se fait par l'étude des commémoratifs. Lorsqu'il y a coexistence avec la syphilis, comme dans un cas de Rheindorff, l'embarras peut être grand. Quant au lupus, il n'existe guère que chez l'adolescent et l'état général reste bon.

Le pronostic est des plus graves, surtout à cause de la possibilité de l'œdème de la glotte.

Le traitement se borne le plus souvent à des moyens généraux.

Localement, on peut recourir au curettage avec cautérisation galvanique des saillies qu'on peut toucher aussi avec la solution à 5 0/00 d'acide lactique. L'eau de Challes peu diminuer l'enrouement.

L'évolution est très rapide à cause de la forme granulique de la tuberculose infantile.

JURANVILLE.

**La intubazione della laringe negli adulti.** (**L'intubation du larynx chez l'adulte**), leçon du professeur MASSEI, de Naples, reproduite dans les *Archiv. ital. di laryngol.*, 1892, juillet, p. 103.

Voici les enseignements qui se dégagent de cette très substantielle leçon :

D'une façon générale, l'intubation est d'une exécution plus facile chez l'adulte que chez l'enfant, du moins pour un opérateur familiarisé avec la pratique de la laryngoscopie, car, à cet âge, l'extrémité supérieure du larynx étant peu accessible au doigt, l'opération devra être faite sous le contrôle du miroir.

Comme il existe de grandes variétés de dimension, d'un larynx adulte à un autre, et comme les rétrécissements nécessitant l'opération présentent toutes les formes et tous les degrés imaginables, il importe d'être pourvu de tubes nombreux et variés : un larynx petit, avec rétrécissement modéré, réclame un tube à petite tête et à corps renflé ; la disposition inverse est indiquée pour les larynx volumineux mais fortement rétrécis.

L'intubation ne peut prétendre à remplacer la trachéotomie dans tous les cas. Cette opération doit donc être précédée d'un examen approfondi de la lésion laryngée, tant pour s'assurer de son opportunité que pour déterminer la forme et le calibre du tube à employer.

La grande difficulté de l'intubation consiste à obtenir le maintien du tube en place. On sera souvent obligé de recommencer l'opération plusieurs fois, en employant des tubes de plus en plus forts, avant de trouver celui qui n'est pas expulsé par la toux. D'ailleurs, les divers cas pour lesquels on peut être appelé à recourir à l'intubation, sont très inégalement favorables au bon maintien du tube dans le larynx. A ce point de vue, l'œdème serait pour M. la lésion idéale, les parois infiltrées exerçant sur le tube, du fait de leur rénitence élastique, une pression continue qui le fixe en place. D'une façon générale, moins il y a de lésions de tissu, plus difficilement le tube est gardé. C'est pour cette raison que la paralysie des abducteurs glottiques doit être considérée comme un cas défavorable pour l'opération. Certaines sténoses sous-glottiques liées à des périchondrites syphilitiques du cricoïde se prêtent également mal au séjour du tube, mais cela tient à leur disposition infundibuliforme.

Certains rétrécissements, notamment les membraniformes, nécessitent une opération préliminaire (section de cloisons membraneuses, de brides, etc.), après quoi le tube est introduit et assure la conservation du résultat obtenu.

Quand la cavité laryngée est encombrée par des néoplasmes végétants, des papillomes par exemple, il y a danger à pratiquer l'intubation, les végétations pouvant former soupape au niveau d'un des orifices du tube et provoquer une asphyxie rapide. Aussi M. conseille-t-il de commencer par enlever les papillomes et d'appliquer ensuite le tube pour obtenir du même coup l'hémostase et l'atrophie, par aplatissement, des débris de néoplasmes qui auraient échappé à l'instrument tranchant.

En cas de phlegmon intra-laryngé, l'intubation peut provoquer la rupture de l'abcès et en opérer le drainage. M. en cite un exemple remarquable emprunté à sa pratique personnelle.

L'intubation est contre-indiquée par la nature incurable, à tendance fatalement progressive, de certaines affections laryngées. C'est ainsi qu'on ne saurait y recourir, en cas de cancer, de tuberculose, de rhino-sclérome, que dans des circonstances où la menace d'asphyxie est pressante et alors sans espoir d'un bénéfice durable.

L'intubation est infiniment plus facile à pratiquer chez l'adulte que chez l'enfant ; aussi peut-on se dispenser à cet âge de conserver le fil de sûreté, une fois que l'on s'est assuré que le tube a bien pénétré dans le larynx. Pour la même raison, chez certains malades qui éprouvent, du fait de la présence du tube, une grande difficulté à s'alimenter et surtout à boire, on peut, à l'exemple du professeur M., au moins pendant les premiers jours, enlever le tube avant chaque repas, pour le réintroduire ensuite. M. consacre la dernière partie de sa leçon à la description de la méthode de Lichtwitz (extirpation des papillomes au moyen d'une canule fenêtrée), récemment analysée dans ce journal. Faute de l'avoir expérimentée, il s'abstient de porter sur elle un jugement décisif. LUC.

**Rachen-und Kehlkopferkrankungen im Zusammenhange mit Menstruationsanomalien. (Troubles pharyngés et laryngés en rapport avec des anomalies de la menstruation)**, par le Dr EGM. BAUMGARTEN, de Buda-Pesth. In *Deutsch. medic. Wochensch.*, 1892, n° 9, p. 190.

L'auteur rapporte d'abord deux exemples d'hémorrhagies supplémentaires du conduit laryngo-trachéal, chez des femmes mal réglées.

La première, âgée de 46 ans, n'avait pas vu ses règles depuis deux mois. Le dernier mois, elle avait craché du sang pendant deux jours ; quand l'auteur la vit, cet accident s'était renouvelé mais avec plus d'intensité. Après avoir débarrassé le larynx des caillots qui l'obstruaient, B. put constater un double point de départ de l'hemorrhagie : 1° la corde

vocale droite, au voisinage de la commissure ; 2° l'apophyse vocale gauche.

Une seconde malade plus jeune présentait un léger crachement de sang avant l'apparition des règles, toutes les fois que celles-ci retardaient. Après trois examens laryngoscopiques infructueux, B. parvint à reconnaître, à une 4e inspection, que le point saignant occupait la muqueuse trachéale, au niveau du 3e et du 4e anneau de ce conduit.

Suivent trois faits de paralysies laryngées paraissant en rapport avec des troubles menstruels.

Chez la première malade une paralysie des adducteurs coïncidait avec une suppression des règles liée à l'âge critique et, après avoir résisté à la faradisation, cessa spontanément lorsque le sang reparut.

La 2e malade, atteinte. consécutivement à un goitre, d'une paralysie des dilatateurs complète à gauche, incomplète à droite, présentait au début de chaque époque menstruelle une aggravation menaçante de sa dyspnée, habituellement modérée.

La 3e malade, une jeune fille anémique de 20 ans, atteinte de parésie des constricteurs, voyait son aphonie augmenter et résister plus que d'habitude à la faradisation, toutes les fois que la perte de sang avait été abondante.

B. ajoute avoir remarqué que les catarrhes laryngés ont une tendance particulière à se compliquer de phénomènes parétiques quand ils surviennent sur des femmes enceintes ou mal réglées.

Enfin, comme dernier exemple de l'influence de l'appareil génital sur le larynx, il cite l'observation d'une de ses malades enceinte qui présenta un œdème considérable de la muqueuse laryngée, sous l'influence de l'administration d'iodure de potassium. Il pense qu'ici la gravidité contribua, comme cause prédisposante, à la production de cet accident. Luc.

## III. — Pharynx.

**Ein behaarter Rachenpolyp. (Un cas de polype poilu du pharynx)**, par le Dr L. Conitzer. In *Deutsch. medic. Wochenschr.*, 22 décembre 1892.

Il s'agit d'un homme de 26 ans. Le polype en question, d'une blancheur éclatante, s'insérait par un long pédicule à la partie inférieure de la choane gauche, tandis que son extrémité inférieure ayant les dimensions d'une amande et la forme d'une gourde touchait la base de la langue.

Le néoplasme ayant été extirpé se montra parsemé de poils laineux plus ou moins denses ou espacés suivant les points. Soumis à l'examen microscopique, il présenta une structure identique à celle de la peau : profondément, un derme formé de faisceaux conjonctifs disposés suivant la longueur du polype, superficiellement un véritable épiderme avec ses diverses couches caractéristiques (corps muqueux, cellules cornées). On distinguait enfin des glandes sudoripares et des glandes sébacées, s'ouvrant les unes à la surface de la tumeur, les autres à l'intérieur des follicules pileux.

LUC.

## IV. — OREILLES

**Contribution à la pathologie du cholestéatome de l'oreille**, par le Dr ROHRER, de Zurich. In *Revue de laryng., etc.*, 1er avril 1892.

Les douze observations que rapporte l'auteur sont des plus instructives et représentent des spécimens des diverses conditions dans lesquelles ces tumeurs font leur apparition.

Il y a eu guérison complète de presque tous les malades; trois furent seulement améliorés d'une façon notable, grâce aux nettoyages antiseptiques, à la pince, au crochet mousse et aux insufflations médicamenteuses.

L'auteur déclare d'abord que c'est à Politzer que revient le mérite d'avoir donné, au point de vue anatomo-pathologique, une explication claire de cette affection provenant de causes anatomiques différentes. Dans des cas de large perforation du tympan avec destruction de la muqueuse de la caisse, l'épiderme du méat externe se transplante dans l'oreille moyenne et forme des masses de lamelles d'épiderme écaillé, ou une tumeur disposée par couches. D'autres cholesteatomes se forment primitivement dans la caisse et apparaissent sous forme de perles. Les cellules mastoïdiennes peuvent être envahies comme la caisse.

L'auteur rapporte 12 observations fort intéressantes des différentes formes de cholestéatomes. Elles se rapportent : dans 1 cas, à la forme kystique; dans 2 cas, à la formation d'un pseudoplasme en lamelles épidermiques dans les cellules mastoïdiennes; dans 4 cas à la formation d'une tumeur semblable dans la caisse, et dans 5 cas le pseudoplasme s'est formé dans le conduit auditif externe.

Dans tous les cas le néoplasme s'est développé à la suite d'une inflammation purulente de siège variable.

JURANVILLE.

**Sulla diplacusis monauralis. (De la diplacousie monauriculaire)**, par le Dr GRADENIGO, de Turin. In *Gazzetta degli ospitali*, 1892.

Après avoir rappelé les caractères de la diplacousie binauriculaire, dont il distingue trois variétés (dysharmonique, harmonique, échotique), l'auteur cite deux observations de diplacousie monauriculaire, syndrome non encore décrit avant lui.

Le premier malade, homme de 29 ans, musicien, atteint d'otite moyenne catarrhale bilatérale, prédominant à gauche, sans manifestation labyrinthique, présentait des deux côtés séparément, mais d'une façon plus prononcée à gauche, le phénomène suivant : un diapason de tonalité intermédiaire entre le $do^2$ et le $do^4$ étant maintenu vibrant au-devant du méat, le malade percevait un son simple, si l'instrument vibrait au maximum, mais, à mesure que les vibrations diminuaient, il entendait, surajouté au son primitif, un deuxième son présentant un rapport harmonique avec le précédent dont il se distinguait par un intervalle de tierce ou de quarte, majeure ou mineure, supérieure ou inférieure. L'intervalle variait avec le son fondamental mais restait le même pour un même son.

Le même phénomène accompagnait la perception osseuse. Le malade présentait en outre une exagération du phénomène physiologique signalé par Urbantschitsch, consistant en ce qu'un son déterminé paraît d'autant plus grave qu'il est plus intense et d'autant plus aigu qu'il est plus faible.

La seconde observation concerne une dame de 28 ans, affectée aussi d'otite moyenne catarrhale bilatérale, mais avec participation du labyrinthe. Le son des diapasons $do^3$, $do^4$ et $do^5$ tenus au-devant du méat du côté droit était perçu double pendant les cinq ou dix secondes qui précédaient son extinction, sans que la malade, non musicienne, pût préciser les caractères du son surajouté.

L'auteur pense que le phénomène en question dépend d'anomalies de l'appareil de transmissions ou de particularités de résonance de la cavité tympanique. LUC.

**Sui caratteri clinici offerti dalle lesioni del nervo acustico. (Des caractères cliniques offerts par les lésions du nerf acoustique)**, par le professeur GRADENIGO, de Tunis. In *Gazzetta degli ospitali*, 1892.

G. cherche à distinguer dans ce travail les signes propres aux lésions du nerf acoustique, indépendamment de toute altération du laby-

rinthe. Parmi les cas qu'il a observés, l'un a pu être vérifié par l'autopsie : il s'agissait d'une tumeur cholestéatomateuse du nerf auditif gauche.

Les signes en question sont au nombre de deux :

1° Diminution de l'acuité auditive prédominant pour les tons moyens. Ce signe distingue les lésions du nerf des lésions labyrinthiques qui s'accompagnent, comme on le sait, de la diminution ou de l'absence de perception des tons aigus.

2° L'exagération de l'épuisement fonctionnel du nerf.

Pour constater ce second signe l'auteur se sert de deux procédés.

La première méthode consiste à mesurer tout d'abord le son minimum perçu par l'oreille au moyen de l'acoumètre téléphonique. Cela fait, on soumet l'oreille, pendant une minute ou plus, au même son porté au maximum d'intensité, après quoi on abaisse rapidement le son au minimum perçu tout d'abord. On constate alors que l'oreille cesse, soit pendant quelques secondes, soit définitivement, de percevoir ce son.

Le second procédé consiste à laisser l'oreille soumise au son minimum perçu. Au bout de quelques secondes la perception cesse, d'abord par intervalles, puis définitivement.

LUC.

**Zur Differential Diagnose der Mittelohr-und Labyrntherkrankungen. (Du diagnostic différentiel entre les affections de l'oreille moyenne et du labyrinthe)**, par le Dr LUDWIG JANKAU. In *Archiv. f. Ohrenheilk.*, Bd XXXIV, Hft 3, p. 190.

Après avoir passé en revue les diverses méthodes utilisées en otologie pour distinguer les surdités d'origine labyrinthique ou nerveuse de celles liées à des lésions de l'appareil de transmission, J. cherche à réhabiliter une méthode que Lucae avait considérée comme impropre à donner de bons résultats pratiques, par suite de l'existence d'un certain nombre de causes d'erreurs. Ce procédé est celui de l'otoscopie binauriculaire. Il consiste, comme on le sait, en ce que l'opérateur après avoir introduit un otoscope dans chacune de ses oreilles, en communication avec l'oreille correspondante du malade, applique un diapason vibrant sur le vertex de ce dernier et apprécie le côté par lequel la transmission sonore s'effectue avec le plus d'intensité.

J. recommande les précautions suivantes comme indispensables pour éviter les causes d'erreur.

1° Les deux otoscopes doivent être d'égale longueur, et ne pas mesurer moins d'un mètre de long ; ils doivent être faits d'une même substance;

enfin l'extrémité destinée à l'oreille du malade doit être garnie d'un morceau de tube en caoutchouc permettant une occlusion hermétique du conduit.

2° Le bout opposé destiné à l'oreille du médecin ne doit pas au contraire fermer hermétiquement son conduit.

3° L'épreuve du diapason doit être précédée d'un examen complet des oreilles externe et moyenne.

4° Elle doit être également précédée de l'expulsion par lavage de toute accumulation de cérumen ou d'épithélium.

5° Le diapason vibrant doit être toujours placé dans la même direction, avec la même pression et y être maintenu immobile.

6° Le médecin doit s'être assuré à l'avance qu'il posssède un pouvoir auditif égal des deux côtés.

Dans une série d'expériences instituées sur des cadavres d'hommes ou d'animaux, l'auteur a pu constater les résultats variés de l'épreuve précédente, suivant les lésions artificiellement produites sur telle ou telle partie de l'appareil auditif. Dans ces expériences le diapason est appliqué sur le vertex ou la selle turcique.

1° L'auteur s'est assuré, qu'en dehors de toute lésion, le son du diapason était perçu avec une égale intensité des deux côtés.

2° Une partie de la membrane du tympan ayant été détruite sur l'oreille d'un chien, le son est perçu de ce côté avec plus de force et de clarté. Si la même destruction est produite sur l'autre oreille, le son est de nouveau perçu également, mais la perception prédomine de nouveau d'un côté, après que l'on a introduit au fond du conduit auditif correspondant un petit morceau de liège qui ne l'oblitère que partiellement

4° Si au contraire l'un des conduits est complètement bouché avec du liège ou de la cire, le son perçu de ce côté paraît sourd et affaibli.

5° Après destruction d'un tympan, la chaîne des osselets est chargée d'un peu de cire ; le son est plus clair de ce côté, mais il s'affaiblit au fur et à mesure qu'on augmente la charge.

6° Chez un singe, la destruction des ligaments des osselets dans une oreille a pour conséquence une perception plus claire et plus nette du son, de ce côté.

7° Sur la tête d'un chien fraîchement tué, l'électrisation du trijumeau et du facial entraîne un affaiblissement de la perception du diapason du côté correspondant.

8° Si l'on injecte une petite quantité d'eau dans l'oreille d'un chien fraîchement tué, le son est renforcé de ce côté ; il est au contraire affaibli, si la quantité d'eau est considérable.

9° Au moyen d'un ballon on insuffle de l'air dans une des caisses tympaniques par la trompe et l'on constate une diminution du son perçu de ce côté, si la quantité d'air insufflée est considérable, au point de distendre fortement la membrane tympanique. Le son est au contraire renforcé, si la tension produite est légère.

L'auteur croit que la méthode en question peut donner les résultats suivants :

1° En cas d'altération de l'appareil de transmission, il y a renforcement du son perçu du côté malade.

2° Si les lésions sont bilatérales, le renforcement domine du côté le plus affecté.

3° Si les lésions portent sur l'appareil de perception, le son est plus faible du côté malade et, en cas de lésion bilatérale, du côté le plus profondément atteint.

4° Si l'examen préalable ayant établi l'existence d'une maladie de l'appareil de transmission, l'épreuve avec les deux otoscopes donne un son plus faible du côté malade, il y a lieu de conclure que le labyrinthe est déjà lésé de ce côté.

LUC.

---

# BIBLIOGRAPHIE

**Maladies du nez et du larynx**, par le Dr ALBERT RUAULT (1).

Notre distingué collaborateur et ami, le Dr Ruault, vient de faire paraître dans le quatrième volume du *Traité de médecine* un excellent traité des maladies du nez et du larynx.

La plupart des auteurs de traités classiques manquent rarement de nous dire, dans la préface qui précède leur ouvrage, que « le besoin d'un pareil livre se faisait vivement sentir ».

Cette phrase consacrée aurait été parfaitement à sa place en tête du traité dont nous signalons ici l'apparition. Il y a longtemps, en effet, que les lecteurs français, en quête d'un bon enseignement rhinologique ou laryngologique sont réduits à l'aller chercher dans la littérature étrangère.

---

(1) G. Masson, éditeur, 1892.

Or, nous n'hésitons pas à dire que le livre de Ruault peut soutenir, tout à son avantage, la comparaison avec les meilleurs ouvrages publiés dans ces derniers temps, chez nos voisins, sur le même sujet.

Il se recommande, ainsi que les publications antérieures du même auteur, par une langue élégante, claire et précise, par une érudition étendue, permettant à l'auteur de citer très fidèlement les travaux publiés tant en France qu'à l'étranger, sur chacun des sujets qu'il traite, enfin et surtout par un remarquable esprit clinique, s'appuyant sur une expérience personnelle déjà vaste.

En parcourant ce traité, on a l'impression que l'auteur ne s'est pas contenté de reproduire les opinions plus ou moins justifiées, émises avant lui, mais qu'il aborde chaque question avec un jugement personnel, libre de tout préjugé, donnant ainsi à son œuvre un remarquable cachet personnel.

En somme, le nouveau livre de Ruault fait honneur à la laryngologie française, et nous ne doutons pas que nos collègues et compatriotes ne partagent, à son égard, après l'avoir lu, notre jugement et notre satisfaction.

LUC.

---

# OUVRAGES REÇUS

1° *Ueber Cystenbildung in Stimmbandpolypen*, par le prof. CHIARI, de Vienne.

2° *Nouveau traitement antiseptique de la diphtérie par l'antipyrine*, par le Dr VIANNA, de Bahia (Brésil).

3° *Entgegnung auf Dr Ziem's Artikel : nochmals die sogenannte Tornwaldtsche Krankheit.*, par le prof. CHIARI, de Vienne.

4° *Étude critique sur l'étiologie des déviations de la cloison nasale*, par le Dr POTIQUET.

5° *Ueber den Zusammenhang von Sprachgebrechen mit Nasen- und Rachenleiden*, par le Dr MAXIMILIEN BRESGEN, de Francfort-sur-Mein.

6° *Le nez chez les idiots*, par le Dr REVILLET, de Cannes.

7° *Considérations anatomiques et pathologiques sur la cloison nasale aux différents âges*, par le Dr MAUCLAIRE.

8° *Ein neues Modell eines Osteo-tympanalen Hörmessers*, par le prof. G. GRADENIGO, de Turin.

9° *Laryngoscopische Befunde bei traumatischer Neurose*, par le Dr H. BURGER, d'Amsterdam.

10° *Ueber die anastomichen Verhältmisse der Stirnhöhle und ihrer Ausmündung*, par le Dr ARTHUR HARTMANN, de Berlin.

11° *Zur Behandlung der paraauricularen Abscesse und der acuten Mittelohreiterung*, par le Dr ZIEM, de Dantzig.

12° *Nochmals die sog. Tornwaldt'sche Krankheit und die Palpation des Nasenrachenraumes*, par le même.

13° *Adénoïd growths of the naso-pharynx and their treatment*, par le Dr A. W. DE ROALDES, de la Nouvelle-Orléans.

14° *Bemerkungen über das akute primäre Larynxödem mit besonderer Berücksichtigung des Jodödems*, par le Dr G. AVELLIS, de Francfort-sur-Mein.

15° *Wann treten nach Operationem in der Nase und im Nasenrachenraume leicht Entzündungen des Ohres oder anderer benachbarter Theile auf?* par le Dr M. BRESGEN, de Francfort-sur-Mein.

16° *Croup*, par le même.

17° *Diphtérie*, par le même.

18° *Epiglottiscysten, Epiglottisgeschwülste*, par le même.

19° *Affections de l'appareil respiratoire. Prodromes de la fièvre typhoïde. Ulcérations typiques pharyngées*, par le Dr BOYER.

20° *Epithélioma primaire du larynx. Intubation. Trachéotomie. Laryngotomie. Laryngectomie. Larynx artificiel*, par le même.

21° *A case of atresia laryngis, with presentation of patient, followed by intubation*, par le Dr A. W. DE ROALDES.

22° *Instruments pour l'ablation des néoplasmes laryngiens de l'enfant par la méthode de l'intubation avec tube fenêtré*, par le Dr LICHTWITZ, de Bordeaux.

23° *Indirizzo terapico-chirurqico nelle complicanze intracraniche da flogosi purulente dell' apparato uditivo*, par le Dr V. COZZOLINO, de Naples.

---

*Le Gérant* : G. STEINHEIL.

---

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ARCHIVES INTERNATIONALES
DE
LARYNGOLOGIE, DE RHINOLOGIE
ET
D'OTOLOGIE



## TRAVAUX ORIGINAUX

# LA SOUDURE COMPLÈTE DU VOILE DU PALAIS ET DU PHARYNX

Par le Dr **A. Cartaz.**
Ancien interne des hôpitaux de Paris et de Lyon.

Les affections ulcéreuses de la gorge, qu'elles soient causées par la syphilis, la cause la plus commune, par la tuberculose, le lupus, ou par des lésions accidentelles, amènent à leur suite des désordres graves : pertes de substance plus ou moins importantes, perforations du voile, mutilations multiples. La guérison, quand elle est possible, ne s'obtient qu'au prix de délabrements, le plus souvent irréparables, et qui sont l'origine de troubles fonctionnels des plus importants. Parmi les modifications qu'entraînent après elles les ulcérations profondes du voile du palais et de la paroi pharyngée, il en est peu qui soient aussi graves que les adhérences unissant le voile et le pharynx. Les troubles fonctionnels sont portés à leur maximum ; la parole, la déglutition, la respiration sont, à des degrés divers, profondément modifiées et gênées. Mais il y a plus : alors qu'une perforation étendue pourra, après guérison de la lésion initiale, être l'objet d'une réparation complète par les procédés si variés et si délicats de la staphylo-uranoplastie, la lésion

dont je m'occupe présente à la sagacité du chirurgien des obstacles souvent insurmontables.

Si l'histoire du mode de formation de ces symphyses, si l'étude de leur pathogénie et de leur symptomatologie, ne présentent guère d'inconnues, il n'en est pas de même de la thérapeutique. Depuis un demi-siècle et plus que s'exerce l'habileté du chirurgien pour triompher de cette grave difformité, la question, à ce point de vue spécial, n'a pas beaucoup progressé. C'est qu'on se heurte, en effet, à une difficulté considérable. Rien n'est plus facile, en général, que de mobiliser ces tissus adhérents, de détacher les restes des piliers et du voile attachés et soudés à la paroi du pharynx. Quand je dis, rien n'est plus facile, faut-il encore s'entendre : l'opération est souvent fort laborieuse et fort délicate. Mais ce n'est point dans cette libération, dans cette reconstitution de l'isthme pharyngé supérieur que gît la principale difficulté. C'est de maintenir à l'état permanent la voie qu'on s'est ouverte au milieu de ces masses indurées, cicatricielles. On est obligé de lutter sans relâche contre une tendance invincible à l'accolement de ces lambeaux, à une soudure nouvelle, en dépit des moyens protectifs les plus parfaits, en général du reste fort mal supportés. Aussi, malgré quelques essais heureux, les plus habiles ont-ils renoncé à tenter la guérison de cette difformité. On peut, en effet, se demander si la gravité, réelle dans certains cas, les douleurs et les fatigues de semblables interventions ne contre-indiquent pas toute opération, en présence des résultats médiocres obtenus le plus souvent.

Il m'a paru intéressant, à propos d'une observation personnelle où j'ai dû me poser ce problème, d'étudier, d'après les cas anciens, et d'autres plus récents, que j'ai lieu de croire peu connus, au moins en France, ce qui avait été fait à ce point de vue. Je n'ai relevé, dans ces recherches, que les cas de symphyse totale ; si, comme intervention opératoire, ils ne diffèrent guère de ceux où persiste un orifice, une ouverture si étroite qu'elle soit, ils s'en éloignent

par les troubles pénibles qu'ils imposent au malade, impossibilité de respirer par le nez, suppression de l'acte du moucher, maintien de la bouche constamment ouverte, etc..., troubles qui font réclamer une opération.

Les cas de symphyse totale avaient paru très rares aux premiers observateurs. Lorsque Julius Paul (1) publia son mémoire sur l'adhérence du voile du palais à la paroi pharyngée, cette grave difformité était encore peu connue ou, pour mieux dire, aucun travail d'ensemble n'avait paru sur cette question. Dieffenbach (*Operative Chirurgie*, I, p. 455) avait indiqué que l'on peut observer à la suite d'ulcérations scrofuleuses une fusion de la paroi postérieure du voile avec la paroi pharyngée. Nélaton avait signalé ces lésions ; Malgaigne avait, de son côté, tenté d'opérer des cas de ce genre. Déjà, avant le mémoire de Paul, on peut citer un travail de Sigmund (2) qui avait réuni plusieurs observations tirées de sa pratique personnelle. Pitha (3) avait pu, dans un cas, par une opération bien conduite, remédier dans une large mesure, aux inconvénients produits par cette difformité. Szymanowski (4), en relatant l'observation de Pitha, donne un total de neuf cas, dont trois lui sont personnels, mais qui n'ont pas trait à des adhérences totales.

En réunissant tous les faits publiés antérieurement à son travail, en y joignant trois cas personnels, Paul avait recueilli trente observations d'adhérences du voile au pharynx; trois seulement étaient des exemples de symphyse totale.

La question mise au jour et bien étudiée par l'auteur allemand, fut reprise beaucoup plus tard par un élève de Trélat, Schwebisch, qui en fit l'objet de sa thèse inaugurale. Ce travail comprend l'étude de toutes les variétés d'adhé-

(1) *Arch. f. klin. Chir.*, VII, p. 199 ; traduction de Verneuil, in *Arch. gén. de méd.*, p. 422, 1865.

(2) *Wiener med. Woch.*, n° 48, 1854.

(3) *Jahrb. des ges. d. Aerzt. Wien.*, 1863, p. 105.

(4) *Vierteljahrs. f. prakt. Heilkunde*, 1864.

rences même les moins complètes. L'auteur a réuni les faits épars, publiés avant et depuis le mémoire de Paul. Il a été inspiré par l'observation attentive d'une malade opérée par Trélat à la Charité.

Citons encore, dans ce court aperçu historique, une note intéressante du professeur Verneuil sur un cas d'adhérence incomplète qu'il a opéré (*Bull. soc. de chir.*, 12 avril 1876), l'article de Gairaut du Dictionnaire encyclopédique, les travaux de Clarence Rice (1), Lesser (2) et la communication récente deNichols (3), relative à un procédé opératoire nouveau qui lui aurait donné les résultats les plus satisfaisants.

Pour m'en tenir à l'étude restreinte de la symphyse totale, il n'existait, au moment de la publication du travail de Paul, que trois cas dus à Hope, Coulson et Czermak. Depuis, le nombre des cas de ce genre s'est accru et j'ai pu en réunir 39 observations dont une personnelle (4). Le lecteur voudra bien se reporter à la bibliographie pour la mention de ces divers faits.

Voici l'observation qui m'est personnelle :

Obs. I. — M. X..., âgé de 45 ans, vient me consulter en octobre 1891. Il y a vingt ans, il a contracté la syphilis au Brésil et n'a suivi aucun traitement sérieux. Peu de temps après la guérison du chancre (le malade ne peut préciser de dates), douleurs dans les membres et apparition d'exostoses (?). Les accidents disparaissent lentement par l'usage de l'iodure et pendant une dizaine d'années il ne ressent aucun malaise pouvant se rapporter à cette cause. Il y a sept ou huit ans, début des accidents du côté du nez, sans maladie occasionnelle. Coryza intense avec sécrétions muco-purulentes extrêmement abondantes, puis mal de gorge, gêne pour avaler. En même temps survenait une tumeur (gomme) de la voûte palatine qui amène une perforation en trois mois d'évolution. Le malade a été soigné à ce moment par Ricord, puis par le professeur

(1) *New-York med. Journ.*, 26 déc. 1885.

(2) *Berliner klin. Woch.*, n° 23, 1879.

(3) *New-York Acad. of med.*, 28 janvier 1890.

(4) Les chiffres diffèrent un peu de ceux que j'avais communiqués à la société de laryngologie par suite de l'adjonction des deux cas de Lubet-Barbon.

Fournier. On lui fit, concurremment avec un traitement interne, des badigeonnages iodés (?) dans la gorge.

Cette phase de la syphilis paraît avoir été grave et de longue durée ; en même temps que les ulcérations de la gorge, on constatait des exostoses frontales et le malade eut pendant plusieurs semaines des céphalées intenses. Il ne saurait préciser dans quelles conditions est survenue l'adhérence du voile avec la paroi pharyngée. Il se rappelle seulement que la sensation d'obstruction a été graduelle et, d'après lui, ces phénomènes n'auraient pas duré plus de quinze jours depuis le moment où la respiration nasale a été gênée jusqu'à celui où l'occlusion a été absolue.

*État actuel.* — Le malade est bien portant et ne se plaint que de la gêne occasionnée par cette symphyse pharyngo-palatine. La voix est très légèrement nasonnée, à peine comme dans un rhume de cerveau léger. Le nasonnement a été horrible, dit le malade, au moment de la perforation de la voûte ; l'ouverture mesurait environ la dimension d'une pièce de cinquante centimes. Depuis l'oblitération graduelle de cet orifice, il est arrivé à corriger d'une façon très appréciable les défectuosités de la voix et, je le répète, le nasonnement est peu marqué.

A la voûte palatine, près de la ligne médiane, un peu sur le côté droit, petite fistule, trace de la perforation, qui semble conduire dans la fosse nasale droite. Le cathétérisme en est impossible, mais quand le malade chasse de l'air, en fermant la bouche, il en passe une partie par la fistule. Il trouve même dans cette projection d'air un aide pour expulser les mucosités situées dans la partie antérieure du nez. Quand il veut déglutir d'un coup une trop forte quantité de liquide, il en voit quelquefois ressortir quelques gouttes par le nez.

Le voile du palais ne présente pas les épaississements et les déformations qui accompagnent en général cette symphyse. La soudure paraît s'être faite par les piliers postérieurs et la partie supérieure du voile, dont la partie centrale ainsi que la luette, ont conservé leur apparence normale. Seulement il est réduit à une hauteur minime et comme appliqué contre la paroi postérieure du pharynx. La coloration est normale et les réflexes sont conservés. La soudure paraît plus intime à droite qu'à gauche, ce qui donne une direction légèrement oblique dans le sens transversal.

Le doigt porté dans l'arrière-gorge tombe dans un cul-de-sac où l'on ne perçoit aucun orifice. Il rencontre une voûte membraneuse complète mais d'une faible épaisseur, ce que vient confirmer l'examen de la partie supérieure du pharynx au moyen d'une sonde glissée par les fosses nasales,

qui est arrêtée sur tous les points. L'occlusion est donc complète, mais l'adhérence s'est faite sans ces épaisseurs de tissus, ces énormes brides cicatricielles qu'on rencontre parfois jusqu'à la voûte du pharynx. Une injection nasale, poussée par une narine, reflue par l'autre et pas une goutte ne tombe dans l'arrière-gorge.

Les fosses nasales ne sont, en dehors du point de communication avec la fistule palatine, le siège d'aucune lésion apparente. Il existe des signes de rhinite légère avec un peu de relâchement hypertrophique de la muqueuse de cornets inférieurs.

Anosmie presque complète. Après que je lui eus fait pratiquer des irrigations nasales, il lui sembla percevoir quelques odeurs. Cependant il ne put jamais, pendant mes examens, sentir du menthol, de l'éther, de l'essence d'anis et d'autres substances très odorantes.

Le goût est de même très affaibli. Aucun trouble de l'audition.

Respiration exclusivement buccale. Le malade ne peut moucher ; l'air qui passe par instants par la fistule lui aide permet de chasser les mucosités quand elles arrivent à l'entrée des fosses nasales.

En présence des troubles peu marqués présentés par le malade, je ne me crus pas autorisé à tenter une opération qui présente peu de chances de succès complet. Le cas cependant était, je crois, des plus favorables, en raison du peu d'épaisseur de l'accolement. Mais quand je fis entrevoir au malade la nécessité de porter pendant plusieurs jours un appareil pour empêcher le rapprochement des parties désunies, il renonça à toute idée d'intervention. Je me contentai de faire pratiquer des lavages du nez biquotidiens qui remédièrent en grande partie au besoin de moucher, en balayant les mucosités.

Mon collègue, le Dr Lubet-Barbon, a eu l'obligeance de me communiquer deux observations inédites.

Obs. II. (Dr Lubet-Barbon.) — Dans un cas de symphyse palato-pharyngée complète, il y avait surdité par raréfaction de l'air dans la trompe et la caisse et la membrane du tympan présentait l'aspect caractéristique qu'elle offre dans le catarrhe tubaire. Les accidents d'ulcération du voile ont débuté à l'âge de quatorze ans (le malade en a actuellement 33). La syphilis n'est pas douteuse, mais il est difficile de croire à une syphilis

héréditaire ; d'autres enfants sont nés avant et après lui et n'ont jamais présenté, non plus que les parents, aucune manifestation suspecte. Chez ce malade, la symphyse est totale ; à l'ouverture de la bouche on aperçoit une voûte étendue qui se continue sans interruption de l'arcade dentaire à la paroi pharyngée. Il existe un effondrement du nez, avec oblitération des fosses nasales à la partie postérieure et une large perforation de la voûte palatine.

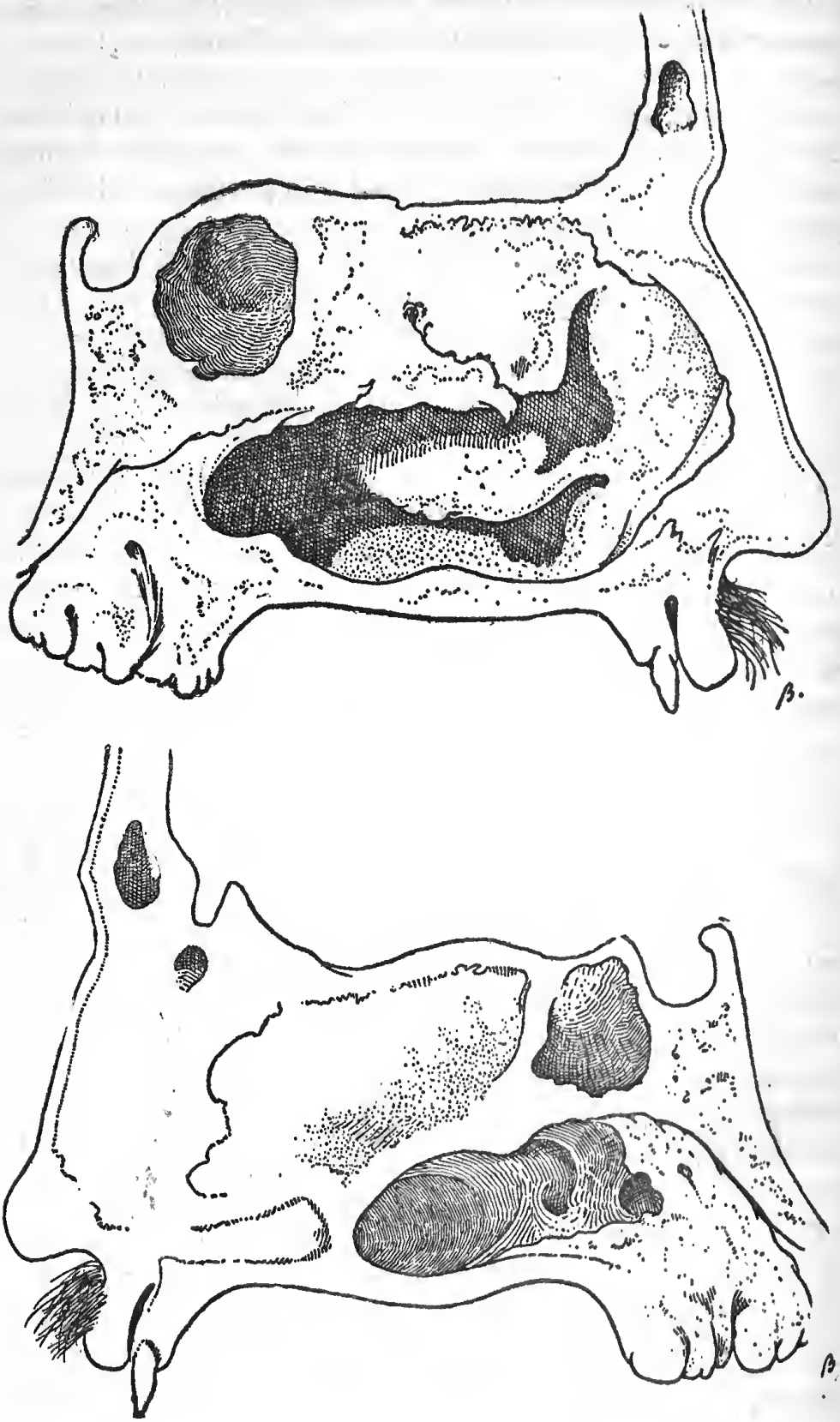
Le Dr Alfred Martin tenta par divers moyens de maintenir béante, au travers du tissu cicatriciel, une perforation ; mais au bout de peu de temps l'orifice se fermait et la surdité revenait comme auparavant, si bien qu'il ne trouva pour assurer l'audition d'autre procédé que d'enlever une partie de la membrane du tympan ; depuis, le malade entend suffisamment bien.

Obs. III. (Dr Lubet-Barbon). — Il s'agit d'une pièce qui est une trouvaille d'amphithéâtre. Étudiant, sur le cadavre, une opération sur l'oreille moyenne, je trouvai en pénétrant dans la caisse du côté droit que celle-ci était remplie d'une sérosité visqueuse, couleur sucre d'orge, et mon étonnement fut grand, lorsque passant du côté opposé, je constatai un épanchement de même nature. La bilatéralité de la lésion me fit penser que la cause était médiane et je fis, par curiosité, une section antéro-postérieure de la tête, section passant un peu à gauche de la cloison. L'événement me donna raison et voici les lésions que présentait le sujet :

Le voile du palais a disparu et à sa place on trouve un pont de tissu lardacé, dur, épais de 2 à 3 centimètres dans tous les sens, jeté du bord postérieur de la voûte palatine à la paroi postérieure du pharynx et séparant complètement le pharynx nasal du pharynx buccal. Sur une des coupes, on voit, parmi les tractus fibreux, un petit orifice qui nous a paru être l'orifice de la trompe. Toutefois une insufflation pratiquée par cet orifice ne passe pas dans la caisse.

Sur cette même coupe (partie gauche du sujet) on voit que le tiers postérieur du cornet inférieur a disparu. De plus, le cornet moyen adhère à la cloison et le trait de scie a séparé l'adhérence en laissant une partie de la muqueuse de la cloison attachée à la muqueuse du cornet.

Sur la coupe de la moitié droite du sujet, on voit que la partie postérieure du vomer n'existe plus, que le cornet inférieur tout entier a été détruit et la fosse nasale de ce côté ressemble assez à la fosse nasale d'un ozéneux. Des brides fibreuses et des cicatrices se voient sur tous les points de la paroi externe des fosses.



Il eût été intéressant de connaître l'histoire clinique de ce sujet; malheureusement il a été impossible de retrouver son identité.

Dans la plupart des cas, c'est à la syphilis qu'il faut faire remonter l'origine de ces lésions ; j'oserais presque dire que la syphilis seule peut être incriminée, bien que quelques observations, je parle de symphyses totales, aient été attribuées à une autre cause. Sur les 39 cas que j'ai rassemblés, 32 fois la syphilis est nettement accusée, remontant à une époque plus ou moins éloignée, mais indiscutable. Cinq fois la lésion est attribuée à la scrofule, à ces variétés si bien décrites par Homolle dans sa thèse sous le nom de scrofulides malignes. A l'époque où ont été publiés ces faits, on connaissait encore mal la parenté de la scrofule avec la tuberculose et la syphilis. Sans vouloir m'inscrire en faux contre un diagnostic fort difficile a établir, en raison de l'absence de commémoratifs, d'accidents antérieurs ou simultanés capables de l'éclairer, il me semble que, sans trop forcer la vraisemblance, on peut voir dans quelques cas des accidents de syphilis acquise ou héréditaire.

C'est ainsi que la malade de Lavrand, mariée et ayant eu des enfants bien portants, souffre à l'âge de trente ans d'une affection de la gorge qui dure qnelques semaines. Pendant un mois la déglutition est très douloureuse et c'est aussitôt après que la respiration nasale devient impossible et que s'établissent les signes objectifs de cloisonnement de la cavité pharyngée, sans récidives d'angine ou d'autres manifestations de la scrofulo-tuberculose. Cette évolution rapide me semble cadrer plus facilement avec le diagnostic de syphilis qu'avec une ulcération scrofuleuse ou tuberculeuse qui ne rétrocède pas avec cette facilité.

De même, la malade de Cadier, âgée de 20 ans, a été prise de maux de gorge à l'âge de quatre ans. Quelques mois après, bien qu'elle fût soignée à l'hôpital, les désordres étaient devenus complets ; elle ne pouvait plus respirer par le nez. Il est naturel d'admettre ici, sans forcer l'hypothèse, qu'il s'est agi

d'ulcérations syphilitiques, à marche rapide, peut-être d'origine héréditaire.

La nature des lésions dites scrofuleuses était, je le répète, fort discutée à l'époque où ont été publiées quelques-unes de ces observations. Je crois que le diagnostic serait probablement modifié par leurs auteurs, s'ils rédigeaient leurs observations aujourd'hui.

La diphtérie a été mentionnée comme cause de ces adhérences dans le cas de Mac Mahon. Il y a dû avoir probablement quelque erreur d'interprétation ; mais je ne saurais discuter cette assertion, n'ayant pu lire l'original de cette observation.

Chez le malade de Lewin, les lésions étaient survenues, au dire du malade et de son entourage, à la suite de scarlatine compliquée de diphtérie avec récidive. Mais Lewin, en présence des lésions multiples du palais osseux, du voile et du pharynx, rejeta, ainsi que ses collègues de la Société de médecine, cette origine problématique pour admettre la syphilis.

Le lupus peut-il amener dans la gorge ces adhérences totales ? L'observation de Coulson, celle de Lucas-Championnière, Bourdon, si le diagnostic étiologique de scrofule se rapporte bien au lupus, seraient là pour le prouver. Les faits assez nombreux d'adhérences incomplètes en apporteraient une nouvelle confirmation (obs. d'Homolle, Lailler, Besnier, Fougère, etc.). On comprend que, lorsque le passage du pharynx à la gorge est réduit, comme dans quelques-unes de ces observations, à un pertuis n'admettant que le petit doigt, qu'une sonde du calibre d'une plume d'oie, une soudure complète puisse survenir à un moment donné. C'est dans cet état, d'une simple fistule permettant la communication du pharynx inférieur avec le pharynx supérieur, que l'on observe la majorité des malades et ce n'est souvent qu'au prix de grands efforts que l'on parvient à maintenir cet étroit pertuis.

Le rhinosclérome (Castex, *Revue de laryngologie*, 1892) peut entraîner des adhérences du voile et des piliers avec le

pharynx, mais ces adhérences sont partielles, limitées et il n'existe pas, à ma connaissance, de fait de symphyse totale reconnaissant cette origine.

En résumé, la syphilis reste la cause de beaucoup la plus fréquente de ces lésions et c'est à elle qu'il faudra songer tout d'abord, car si le traitement spécifique est, on le comprend, d'une inutilité absolue pour remédier à de pareils désordres, il peut être efficace contre la marche progressive des ulcérations, contre l'infiltration des tissus, quand on n'est pas encore en face du fait établi ou d'accidents remontant à une époque éloignée.

Ces symphyses s'observent d'ordinaire chez des sujets adultes. Sur les 30 cas rassemblés par Paul, quatre seulement appartenaient à l'enfance. Sur les 39 cas de symphyse complète, je trouve une fillette, sans indication d'âge (Massei), une fille de 14 ans (Czermak), un garçon de 15 ans (Kuhn). La malade de Cadier avait son occlusion pharyngée depuis l'âge de 4 ans. Dans tous les autres cas, il s'agit d'adultes entre 25 et 45 ans ; un malade de Hajek avait 65 ans. Au point de vue de la répartition par sexes, je compte, sur les 39 cas, 20 hommes, 11 femmes. Dans 8 cas, le sexe et l'âge n'étaient pas indiqués.

Il est rare qu'on assiste à l'évolution des accidents ; souvent le début remonte à une époque éloignée, dans l'enfance, le jeune âge. Les lésions ont passé plus ou moins inaperçues ; leur progression a été latente, insidieuse, et le jour où le malade vient demander un avis, il est déjà trop tard ; le mal est fait, irréparable. La lésion pourra passer d'autant plus inaperçue que dans des cas, assez rares il est vrai, on ne voit, à un examen sommaire de l'arrière-gorge, aucune trace d'ulcération. Tout le mal est localisé dans la cavité pharyngo-nasale, en arrière du voile ; et chez un malade peu soigneux, mal surveillé, la soudure pourra déjà être en partie faite avant que l'on ait constaté les accidents qui en ont été l'origine. Il est en effet une manifestation des périodes secondo-tertiaires de ces syphilis graves, tenaces, qui n'at-

tire pas suffisamment l'attention du malade : c'est une forme de coryza chronique, avec ou sans odeur ozéneuse (ceci dépend, en effet, de l'abondance des sécrétions, de leur rétention et des soins de propreté). Ce coryza, dû à des manifestations du côté de la pituitaire ou du pharynx nasal, peut être pris longtemps pour une rhinite simple, chronique. Le professeur Duplay a appelé l'attention sur ces accidents des fosses nasales à propos des perforations syphilitiques de la voûte palatine et montré la part qu'ils prennent dans la formation de cette difformité, l'ulcération, la gomme, évoluant des deux côtés. Diday avait signalé il y a longtemps ces rhinites latentes prémonitoires.

Il est certain que, à des degrés divers et dans des conditions un peu différentes, le processus ulcératif se manifeste fréquemment dans les arrières-cavités nasales, dans le pharynx nasal, marchant de pair avec les accidents de la gorge et préparant simultanément sur les deux parois du voile et du pharynx, l'accolement et la soudure. Il ne suffit pas, cela va sans dire, que le malade présente un catarrhe spécifique de l'arrière-gorge, un coryza à forme plus ou moins ulcéreuse, pour qu'il en découle la conséquence d'inflammations de même nature propagées au pharynx. Je veux simplement retenir ce fait que la lésion débute presque aussi souvent par le pharynx supérieur que par la gorge proprement dite, et si l'on veut bien se reporter à l'observation que je citais tout à l'heure, on verra que l'adhérence du voile s'est produite d'une façon absolue, totale, sans que l'arrière-gorge présente ces cicatrices radiantes, ces déformations bizarres, indices des graves lésions qui ont précédé la symphyse. Chez ce malade, les ulcérations étaient restées presque entièrement localisées du côté du pharynx nasal; tout au moins, n'en observe-t-on aucune trace dans l'arrière-gorge. Et ce fait n'est pas isolé (obs. de Lavrand, Hajek).

Ce sont en réalité ces lésions latentes du pharynx supérieur et de la paroi postérieure du voile qui préparent ces adhérences si étendues et, ajouterais-je, d'évolution si rapide.

Malgré leur peu de retentissement, ce sont souvent des ulcérations larges, appartenant aux formes graves de la syphilis tertiaire. Mais d'aussi profondes atteintes ne sont pas nécessaires. Au dire de Schech (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, XVIII, 1875) on pourrait observer ces adhérences à la suite de simples érosions superficielles, d'une simple desquamation épithéliale portant sur une plus ou moins grande surface. Or, on sait combien fréquentes peuvent être ces lésions légères. Chez les fumeurs, chez les alcooliques, la pharyngite catarrhale chronique est pour ainsi dire, constante et peut constituer un terrain tout préparé pour l'éclosion d'accidents plus graves.

Ce sont cependant plutôt les formes d'infiltration progressive des tissus liées à des ulcérations plus ou moins étendues, plus ou moins nombreuses qui amènent la soudure. Tantôt la lésion débute par la partie inférieure, du côté de la base des piliers ; tantôt c'est au contraire par la partie supérieure, dans l'angle du pharynx qui correspond au pilier postérieur que l'on voit les premières manifestations. D'après Clarence Rice, ce point serait en quelque sorte un siège de prédilection, en raison des frottements multiples dont il est le siège et de la rétention des sécrétions pharyngo-nasales. Cet auteur a vu plusieurs cas (*New York med. journal*, 26 décembre 1886) où les ulcérations ont débuté par ce point et chez un jeune enfant atteint de scrofule ou de syphilis congénitale et porteur d'une perforation palatine, il a pu suivre au miroir pendant un certain temps la marche des lésions.

La constatation de ce début de l'évolution, révélée à Rice par une ouverture accidentelle du palais, est fort rarement signalée; cela se comprend. Dissimulées, derrière le voile, ne provoquant tout d'abord que des réactions modérées, de la gêne de la déglutition, un sentiment d'embarras, ces lésions devaient forcément échapper à l'examen, à une époque où la rhinoscopie postérieure était peu connue et rarement pratiquée. Mais cette évolution permet de saisir comment dans quelques cas le voile a pu garder son apparence presque

normale, tout en créant, par l'adhérence, une infirmité des plus graves.

Les lésions se présentent le plus souvent en même temps du côté de la gorge, sur la paroi du pharynx visible en ouvrant la bouche, à l'isthme du gosier et dans la partie supérieure du pharynx. Les deux parties qui se font face, pharynx et voile, sont le siège simultané de mêmes lésions.

Dans sa thèse sur les scrofulides graves de la muqueuse bucco-pharyngienne, G. Homolle (*Thèse de Paris*, 1875) a bien décrit l'évolution de ces accidents, la déformation des piliers par le bourgeonnement des ulcérations, l'infiltration de la muqueuse et du muscle lui-même. Qu'il s'agisse de lupus, de syphilis, le processus ne varie pas beaucoup. « Le pilier postérieur, épais, mamelonné, s'accole au fond du pharynx et peu à peu se fusionne avec lui, d'abord à sa base, puis vers la partie supérieure. Il attire à lui et vers le fond du pharynx la portion du voile à laquelle il s'insère ; de plus en plus son bord libre se confond avec la muqueuse pharyngée qui elle-même est mamelonnée, tuméfiée Le pilier en se portant en dedans et en arrière, a étalé en quelque sorte l'excavation amygdalienne dont le fond vient se montrer de face ; il peut être au contraire caché derrière le pilier antérieur, et l'excavation se trouve complètement masquée. Le bord libre exulcéré du voile adhère au fond du pharynx par ses extrémités et tend à s'y accoler par un fusionnement des surfaces bourgeonnantes ; le voile forme alors un rideau transversalement tendu d'avant en arrière. Il ne reste entre lui et la paroi postérieure qu'un orifice dont le diamètre peut ne pas dépasser celui d'une plume d'oie ou s'efface même complètement ; les fosses nasales n'ont plus alors de communication avec la gorge ».

Cette interprétation de la formation des adhérences entre le voile et le pharynx me semble des plus rationnelles. Que l'accolement, au lieu d'être progressif, se fasse en même temps par plusieurs points et l'on aura ces exemples de soudure rapide étendue à de larges surfaces, alors que les deux

parties semblaient encore indépendantes. On sait en effet combien devient rétrécie la cavité pharyngienne quand les piliers sont distendus, refoulés par une inflammation phlegmoneuse, périamygdalienne ou siégeant dans l'épaisseur du voile. Des ulcérations tertiaires, des gommes déterminent le même gonflement, la même infiltration des tissus. Les deux parois sont très rapprochées, elles se touchent ; dès lors, préparées par ce travail ulcéreux, inflammatoire, elles constituent des surfaces on ne peut mieux disposées à faire corps, à se souder. Une fois créée, sur une partie limitée, si le travail ulcéreux n'est pas arrêté par un traitement approprié, la coalescence des deux membranes muqueuses gagnera de proche en proche et s'étendra graduellement. De jour en jour la cavité deviendra de moins en moins spacieuse ; les parties du voile non atteintes seront en quelque sorte attirées par la rétraction cicatricielle des surfaces déjà adhérentes et peu à peu l'occlusion se fait définitive et complète.

Il suffit de très peu de temps quand les lésions sont arrivées à ne plus laisser qu'un étroit orifice de passage pour que l'occlusion devienne absolue. Coulson voit son malade avec une ouverture très petite, il est vrai, une sorte de fistule ; deux jours plus tard elle était oblitérée. On sait du reste avec quelle peine on peut maintenir béante la communication dans les cas de soudure partielle, incomplète ; on sait, au prix de quelles difficultés on peut, après une intervention, empêcher l'accolement des parties détachées et combien peu fréquemment le succès a jusqu'ici couronné les efforts du chirurgien et la patience des malades.

Je crois que ce rapprochement graduel des surfaces, se faisant sous la seule action du travail ulcéreux et inflammatoire, du gonflement et de l'infiltration des tissus, suffit pour expliquer la formation des adhérences. Neumann *(Berliner klin. Woch.*, 8 février 1892) attribue un rôle important à la myosite aiguë, qu'il a constatée, dit-il, dès les premiers stades de l'affection et qui immobiliserait le voile par l'état pa-

rétique des muscles. Aussi ne puis-je admettre la théorie un peu compliquée de Paul, de Breslau. Dans son mémoire, Paul signale comme des obstacles à cette adhérence les mouvements du voile sous l'action de ses propres muscles, du courant d'air inspiré et expiré, de la déglutition, des mucosités descendant de la voûte et du nez dans l'arrière-gorge. D'après lui, la soudure ne se produirait facilement que lorsque le voile est perforé, déchiré ; les fragments pourraient alors se porter en arrière et il suffirait d'un contact très court pour produire un commencement d'adhérence persistante lorsque les ulcérations qui couvrent les surfaces opposées passent de l'état de destruction moléculaire à l'état de régénération plastique par granulation.

Comme le fait observer Homolle, on conçoit difficilement cette greffe rapide, presque soudaine. L'adhérence de proche en proche des surfaces bourgeonnantes est au contraire très facile à saisir. Les mouvements du voile sont, avec de pareilles lésions, réduits à des oscillations bien faibles, surtout si, comme l'a vu Neumann, le muscle est lésé dès le début. Et quand même l'état des tissus permettrait encore quelque action des muscles, ils n'empêcheraient pas des parties rapprochées, soit en haut, soit en bas, sur les parties latérales, de venir peu à peu en contact. Le voile devient, comme dans les inflammations aiguës, angineuses ou amygdalo-palatines, et à un degré encore plus marqué, plus ou moins inerte, ne répondant plus à son rôle physiologique. La preuve en est dans les symptômes communs aux deux genres d'affections, voix nasonnée, régurgitation fréquente des aliments par le nez, tant que l'oblitération n'est pas très prononcée.

Les symptômes ne présentent pas, dans le cas de symphyse totale, de différences bien accusées avec ceux des symphyses partielles. La communication entre le pharynx nasal et l'arrière-gorge est complètement fermée : ni l'air ni les liquides ne peuvent passer.

La respiration nasale, difficile avec un petit pertuis, est ici absolument abolie ; le malade à la bouche constamment ouverte; par contre le reflux des liquides pendant la déglutition n'existe plus. Cette obligation de la respiration exclusivement buccale est un des symptômes les plus pénibles.

Les troubles de la phonation sont des plus marqués ; la voix a un timbre nasonné analogue, à celui que donne une tumeur du pharynx ou de l'arrière-cavité nasale, plus marqué peut-être encore puisque l'occlusion est absolue et qu'aucune résonnance ne peut se produire du côté du pharynx. Il peut se joindre à ces troubles d'articulation des modifications de la voix dues à des lésions concomittantes du larynx (faits de Lewin, Heymann, Pauly).

Le degré de ce nasonnement varie cependant beaucoup d'un sujet à un autre et n'est pas en rapport avec l'étendue ou l'épaisseur des adhérences. Il est certain que les malades intelligents arrivent à corriger ce défaut dans une certaine mesure et à diminuer parfois ce nasonnement d'une façon étonnante. Hartmann dit même avoir vu un cas de soudure complète chez une fillette sans le moindre nasonnement. Chez le malade que j'ai observé, ce défaut était réduit au minimum ; il en était de même pour le malade de Mauriac.

La respiration n'offre aucune particularité, en dehors de complications du côté du larynx ou de l'appareil trachéo-bronchique, si ce n'est qu'elle est entièrement buccale. L'arrière-gorge offre de ce fait une irritation et une sécheresse permanentes et pénibles que les gargarismes ou les pulvérisations ne soulagent que médiocrement.

Il est presque constant d'observer chez ces malades un certain degré de rhinite catarrhale, alors même qu'il n'existe plus d'accidents syphilitiques en évolution et que la symphyse remonte à une époque éloignée. Cette rhinite est due à l'accumulation des mucosités dans le nez et dans l'arrière-cavité nasale ; avec la moindre fistule, ces mucosités glissent en arrière et tombent dans la bouche. Avec une adhérence totale, elles s'accumulent dans la poche supérieure formée

par le rideau et, le malade ne pouvant moucher, y séjournent longtemps.

J'ai remédié d'une façon très simple à cet embarras chez mon malade en lui faisant pratiquer plusieurs fois par jour des irrigations nasales qui se font des plus aisément puisqu'il n'y a pas de communication du nez avec la bouche.

Le goût et l'odorat ne sont pas toujours abolis ; mais dans la plupart des cas, ces sensibilités spéciales sont notablement affaiblies. Le malade de Coulson ne percevait aucune odeur ; aussitôt le voile percé, le goût et l'odorat reparurent. Mon malade avait de véritables anosmies intermittentes, en ce sens que lorsque le nez était obstrué par des mucosités, l'odorat, qui était fort affaibli, était aboli complètement. Dans les observations de Duncan, Lucas-Championnière, Trélat, Kuhn, Lavrand, etc. ces deux sens étaient plus ou moins annihilés. Le malade de Mauriac avait perdu l'odorat, mais la gustation était restée intacte.

Cette accumulation des mucosités dans le nez peut déterminer en dehors de toute origine spécifique, des céphalées, des douleurs névralgiques assez vives (Duncan) liées vraisemblablement à une irritation propagée aux sinus de la face.

Les accidents du côté de l'oreille sont plus fréquents et plus graves que dans les symphyses partielles ; ils tiennent à deux causes : l'occlusion plus ou moins complète de l'orifice de la trompe par des brides cicatricielles ou une inflammation chronique, due à la suppuration prolongée, au moment de la formation des adhérences et à la présence de mucosités nasales. Le degré de surdité varie donc beaucoup suivant la cause, et l'examen par le cathétérisme pourra révéler la nature des lésions. Chez la fillette de Kuhn, les trompes étaient fermées par des brides cicatricielles ; l'opération, qui réussit, améliora considérablement l'ouïe. Dennert a constaté aussi une oblitération cicatricielle de la trompe qui remontait à dix-sept ans. Le tympan atrophié avait perdu sa mobilité et l'oreille moyenne était remplie d'un liquide analogue à l'humeur vitrée. Un traitement améliora un peu l'état de l'ouïe.

Il en était de même sur la pièce examinée par Lubet-Barbon.

Dans quelques cas, l'audition est simplement affaiblie (Duncan, Hartmann). Le malade de Mauriac présentait, à ce point de vue, une particularité bizarre: le contact de l'eau froide sur la bouche ou la figure lui bouchait momentanément, disait-il, les deux oreilles, surtout celle qui entendait le moins mal. De crainte de surdité, il avait la précaution de ne se laver et raser qu'à l'eau chaude.

Dans d'autres cas, au contraire, on ne note aucun trouble de l'audition ; c'est, il est vrai, l'exception (obs. personnelle, cas de Heymann, Lavrand, Richet).

Je ne fais que mentionner les complications observées, dans un certain nombre de cas, du côté du pharynx inférieur, de l'épiglotte, du larynx (ulcérations, brides cicatricielles, rétrécissements plus ou moins prononcés), suite de lésions syphilitiques sur ces différents points.

Théoriquement. le traitement de cette affection paraît se réduire à une opération assez simple : décoller par un avivement sanglant les surfaces adhérentes et empêcher leur juxtaposition jusqu'à complète cicatrisation. En fait, cette opération est des plus complexes ; le décollement est fort souvent des plus difficiles. Je ne parle pas de la douleur qui peut être supprimée par l'anesthésie générale, en opérant la tête pendante, ou ce qui est préférable par l'anesthésie locale avec les solutions de cocaïne. Mais les tissus ont subi, dans bien des cas, une fusion tellement intense, les brides cicatricielles sont parfois si dures, l'épaisseur de la cloison telle, qu'il faut en réalité sculpter ce lambeau sur la paroi postérieure du pharynx. Que l'on veuille bien se reporter au dessin de la pièce recueillie par Lubet-Barbon, et l'on verra, par l'épaisseur des tissus à traverser, par leur cohésion complète, qu'une opération eut été, dans ces cas, à peu près impossible.

De plus, ce décollement s'accompagne d'une effusion de sang abondante, détermine parfois des hémorrhagies graves (Malgaigne, Trélat, Kuhn). L'hémorrhagie peut, il est vrai,

être atténuée ou supprimée par l'emploi du galvano-cautère, mais on prépare, à la chute des eschares, des surfaces granuleuses plus aptes à se réunir et à fusionner.

Puis, lorsque ce premier temps est terminé, on se heurte à la difficulté considérable de maintenir les deux lambeaux cruentés éloignés l'un de l'autre pendant un temps suffisant pour permettre la cicatrisation isolée. Les appareils tendant à empêcher ce rapprochement sont mal supportés et n'arrivent pas toujours à prévenir le retour de la symphyse. Aussi bien les chirurgiens considèrent-ils que le bénéfice apporté par une intervention compense mal les dangers et ont-ils souvent renoncé à toute opération. Trélat ne rappelait l'opération publiée dans la thèse de Schwebisch que pour se défendre d'intervenir dans un cas semblable ; les professeurs Verneuil, Tillaux, M. Gairaut, inclinent à l'idée de non intervention et je ne suis pas loin de partager cette opinion.

Il existe cependant des cas où le succès a couronné les efforts du chirurgien : cependant pour plusieurs de ces observations, on se trouvait à une date encore trop rapprochée de l'opération pour pouvoir juger nettement du résultat. C'est par mois qu'il faut compter pour être assuré que le succès est bien acquis et qu'on n'a pas à craindre de récidive. Beregszazky a pu maintenir la séparation bien complète, telle qu'elle avait été réalisée au cours de l'opération ; six mois après, elle persistait, mais l'opéré s'introduisait tous les jours pendant quelques heures la lame isolante. Hajek est le seul à justifier d'un délai prolongé, deux et trois ans ; mais nous allons voir que ces cas répondent à une variété particulière.

Au point de vue des bénéfices que l'on peut retirer d'une intervention, il est important de distinguer, comme l'a établi Clarence Rice, les cas où il y a une adhérence simple, sans grande altération des tissus et ceux où cette adhérence se complique de cicatrices étendues du côté de la gorge ou du pharynx nasal avec rétrécissement parfois considérable de cette cavité. Les premiers permettent en effet une interven-

tion avec chances de succès ; il s'agit d'une opération pénible pour les malades par la nécessité de porter un pansement ou des appareils isolateurs ; mais on peut compter sur des résultats favorables. Hajek a récemment publié (*Intern. klinische Rundschau*, n° 34, 1892) cinq observations d'adhérences totales et dans deux cas le succès a été complet. Trois ans après pour un cas, deux ans après pour l'autre, il n'y avait pas la moindre récidive. Il s'agissait précisément de ces formes d'adhérence simple, comme dans mon observation.

Je n'insisterai pas sur les divers procédés mis en œuvre pour remédier à cette difformité ; ils sont presque tous identiques à quelques nuances près. Ouverture pour former un passage sur la ligne médiane, décollement progressif des lambeaux et interposition d'appareils pour empêcher le retour des adhérences jusqu'à complète cicatrisation. Dans bien des cas il a fallu une nouvelle opération pour remédier à une occlusion nouvelle (Kuhn, Just Championnière, Duncan), ou pour compléter la première. Championnière a modifié, dans cette deuxième intervention, le procédé opératoire et a attaqué les adhérences en procédant d'arrière en avant, en décollant les tissus au niveau de la voûte palatine.

Lesser a indiqué (*Berliner klin. Woch.*, n° 23, 1879) une véritable opération autoplastique qui lui aurait permis d'empêcher la réunion des deux surfaces séparées. Les parties latérales du voile étaient largement soudées au pharynx; seule une petite portion avoisinant immédiatement la luette était libre. Cette portion libre fut fendue sur le plat de façon à dédoubler en deux feuillets, l'un antérieur, l'autre postérieur. Le feuillet antérieur fut ensuite partagé en deux par une incision longitudinale médiane et les deux moitiés furent détachées latéralement de leurs adhérences à la paroi pharyngienne.

Le sommet du feuillet postérieur triangulaire avivé, fut suturé dans l'angle de la plaie formée par l'incision longitudinale du feuillet antérieur. Enfin chacune des deux moitiés

libérées du feuillet antérieur fut redoublée, de manière que le bord interne saignant fût reployé en arrière et en dehors et fixé en cette situation. De cette facon la muqueuse des parties latérales du voile regardait la face saignante du pharynx et la reproduction des adhérences était rendue impossible. Le procédé est malheureusement fort compliqué, d'une exécution pénible et difficile; je ne crois pas du reste qu'il ait été employé par d'autres chirurgiens.

Nichols a présenté, il y a bientôt deux ans à l'Académie de médecine de New-York (28 janvier 1890) (1), plusieurs malades opérés par un procédé qui constitue un perfectionnement très heureux pour la cure de ces adhérences. Il me paraît d'une application difficile, pour ne pas dire impossible, quand les brides cicatricielles sont nombreuses, remontent très haut et que la coarctation est des plus prononcées, mais il peut donner des résultats bien supérieurs aux méthodes employées jusqu'ici pour les cas où l'adhérence n'offre pas une grande épaisseur. C'est du reste ainsi qu'il a été jugé par les collègues de Nichols.

Le chirurgien américain passe à l'aide d'une aiguille à staphylorrhaphie un fil de soie qui étreint une partie de la zone à décoller, d'un bord latéral, par exemble, à la partie médiane. Chaque jour ce fil est serré de façon à amener la section de la partie saisie, comme dans la ligature élastique. Quand le fil tombe, il laisse une traînée cicatricielle et c'est sur cette traînée mince qui, d'après Nichols, n'offrira plus de chances d'une soudure immédiate qu'il porte un fin bistouri et sépare les deux lambeaux, en ayant bien soin de rester exactement sur cette voie créée par la ligature. Il a obtenu par ce procédé, des résultats remarquables (2).

Hajek perfore les adhérences par la partie supérieure en

---

(1) *New York med. Journal*, 22 février 1890.

(2) Je n'ai pu me procurer l'original de ce travail et ne donne ces indications que d'après les comptes rendus de l'Académie, publiés dans le *N. York med. Journal;* aussi n'ai-je pu mentionner les observations de cet auteur.

passant par le nez une sonde coupante et se tenant aussi près que possible de la paroi laryngée. L'ouverture agrandie au moyen de sondes dilatatrices, il bourre l'orifice et ce qu'il peut de la cavité avec un fort tampon de gaze iodoformée. Quelques jours plus tard, il décolle au bistouri en tirant à lui le voile avec le crochet palatin et en trois ou quatre séances il arrive à détacher toutes les adhérences. Dans deux cas, il a attaqué la soudure par les parties latérales en pratiquant, toujours par le nez, une double perforation sur les côtés et décollant ensuite la partie médiane. Pour maintenir la séparation des parties, il fait porter une lame de caoutchouc de forme trapézoïde suspendue par des fils passant par le nez.

Que l'on procède au décollement par un procédé ou par un autre, la grosse difficulté, je le répète, est de maintenir les deux parties détachées hors de contact pour prévenir le retour des adhérences. Les appareils nombreux, imaginés dans ce but sont fort ingénieux, très pratiques ; il n'y a qu'un inconvénient, c'est qu'ils sont en général mal tolérés. M. Verneuil avait imaginé de réunir une série de drains de caoutchouc en forme de flûte de Pan ; Just Championnière avait fait construire par Colin un petit appareil que la malade pouvait introduire elle-même et qui permit le maintien de l'écartement du voile, au moins dans une très large mesure.

Dans une communication toute récente que je lis en terminant ce travail, M. Albertin (Soc. des sciences méd. de Lyon, *Lyon médical*, 27 novembre 1892) a opéré un cas d'adhérence incomplète ; il subsistait un étroit orifice ; mais le malade emphysémateux, était tellement incommodé qu'il réclamait absolument une intervention. Particularité à noter, car c'est, je crois le premier cas, les adhérences, qui remontaient à vingt-deux ans (1870) avaient été causées par une angine variolique. Après libération au moyen d'un bistouri coudé, M. Albertin appliqua un appareil prothétique construit par l'habile et ingénieux praticien de Lyon, M. Martin, et l'appareil put être maintenu un mois en place jusqu'à complète guérison. Si cet

appareil est aussi facile à supporter chez tous les malades, on aurait là une ressource précieuse qui permettrait d'intervenir avec plus d'assurance.

Cette réserve faite, il est certain que les succès sont trop rares pour être bien encourageants. Aussi, dans bien des cas, les opérateurs se sont bornés à établir dans l'épaisseur des tissus une perforation qu'un cathétérisme régulier avec des sondes dilatatrices maintenait le plus large possible (Massei, Pauly, Cardone). Coulson pour établir l'ouverture plus large a réséqué une partie de ce qui restait du voile.

S'il me fallait conclure, après cette revue rapide, je dirais que l'intervention chirurgicale peut être suivie de succès durable et dès lors peut être conseillée pour cette variété d'adhérence simple, sans brides cicatricielles, ni tissu fibreux inodulaire épais sans rétrécissement du pharynx nasal.

Si au contraire il existe une déformation complète des parties, faisant de l'arrière-gorge une masse de tissus durs, lardacés, avec adhérence intime sur une grande épaisseur, je ne conseille pas l'opération radicale. Outre qu'elle expose à des dangers sérieux, la récidive est trop souvent la règle pour qu'on puisse imposer ce sacrifice au malade. Il faut ou s'abstenir ou se contenter de pratiquer si possible, une perforation dont le malade entretiendra l'ouverture au moyen de sondes dilatatrices.

## INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

### ADHÉRENCES TOTALES

1. **Hoppe.** — *Deutsche Klinik*, II, p. 21, 1852.
2. **Czermak.** — *Sitzungsberich d. Wiener Akad.*, n° 8, 1858.
3. **Flower.** — Communicat. de Turner, in *Edinburg med. Journ.*, p. 617, 1860.
4. **Coulson.** — *Lancet*, 15 nov. 1862.
5. **Virchow.** — *Die constit. Syphilis*, 1860. Lésion trouvée à l'autopsie.
6. **Mauriac.** — *La syphilis pharyngo-nasale*, Paris, 1877, p. 21.
7. **J. Lucas-Championnière.** — *Ann. des mal. de l'oreille*, p. 89, 1876.

8. **Massei.** — *Patologia della faringe*, I, p. 263.
9. **Kuhn.** — *Arch. f. Ohrenh.*, XIV, p. 165.
10. **Trélat.** — *Thèse de Schwebisch*, Paris, 1880.
11. **Heymann.** — *Berliner klin. Woch.*, 12 juin 1882.
12. **Dennert.** — Discussion sur le cas d'Heymann, *Ibidem.*
13. **Hartmann.** — *Ibidem.*
14. **Pauly.** — *Cent. f. Chirurg.*, n° 17, 1884.
15. **Cadier.** — *Ann. mal. de l'oreille.* p. 3, 1885.
16. **Bourdon.** — *Gaz. méd. de Nantes*, p. 96, 9 mai 1886.
17. **G. B. Hope.** — *Quarterly Bull. clin. Soc. Postgrad. School New York* oct. 1886.
18. **Cardone.** — *Riv. clin. dell'Univ. Napoli*, VIII, 2 fév. 1887.
19. **Duncan.** — *Canadian practitioner*, janv. 1888.
20. **Harrison Griffin.** — *Med Record New York*, p. 37, 14 janv. 1888.
21. **Beregszaszy.** — *Internat. klin. Rundschau*, n° 23, 1888.
22 **Hartmann.** — *Versamml. Norddeutsch. Ohrenaerzte in Berlin*, 22 avril 1889.
23. **Rice.** — *New York Acad. of Med.*, 22 janv. 1890.
24. **Lane.** — *Brit. med. Journ.*, 24 mai 1890.
25. **R. J. Carter.** — *Ibid.*
26. **Lavrand.** — *Journ. des sciences méd. de Lille*: 16 oct. 1891.
27. **Mac-Mahon.** — *Canadian practitioner*, 16 fév. 1891.
28. **Hal Foster.** — *Kansas City med. Index*, janv. 1891.
29. **Lewin.** — *Berliner klin. Woch.*, 13 juillet 1891.
30. **Kuhn.** — *Deut. med. Woch.*, n° 42, 1892.
31 à 35. **Hajek.** — 5 cas. *Internat. Klin. Rundschau*, n° 34, 21 août 1892.
36. **Richet.** — *Clinique chirurgicale*, Paris, 1893.

---

## SENSATIONS DE CORPS ÉTRANGERS DU PHARYNX ET DU LARYNX, SUPPRIMÉES PAR L'ACTION DE LA COCAINE

Par le Dr **Alfred Martin.**

Dans les premières années de ma pratique, j'ai eu l'occasion de voir un certain nombre de malades se plaignant d'un corps qui était resté fixé dans le larynx ou dans le pharynx malgré leurs efforts de déglutition.

Très rarement mes recherches se terminaient par la trou-

vaille du corps étranger annoncé. Plus tard, au moyen de la cocaïne les recherches furent plus faciles mais le résultat fut le même. Pas de corps étranger. Seulement l'insensibilisation produite par la cocaïne avait fait disparaître le corps si cherché.

Je ne citerai que 2 observations parmi les nombreuses que j'ai à ma disposition.

Obs. I. — Un de mes amis vient me voir parce que deux jours auparavant en mangeant du poisson une arête s'est fixée à la partie supérieure du larynx. Il est extrêmement gêné, fait des efforts constants de déglutition et porte la main à son larynx en indiquant nettement le point où doit s'être fixée l'arête.

Un examen attentif avec la cocaïne ne donne pas de résultat mais l'arête a disparu. Le malade est persuadé que je l'ai enlevée et chaque fois qu'il me rencontre, il me rappelle que je lui ai retiré du larynx une arête énorme.

Obs. II. — Au mois de juillet dernier, une femme croit qu'en mangeant des cerises un noyau est passé derrière son voile du palais et s'est placé dans le pharynx nasal. Par des mouvements, elle le fait remuer. Elle va chez nombre de médecins. On la regarde, on la touche, personne ne peut trouver le fameux noyau qu'elle sent toujours. Elle vient me voir, l'examen est très facile parce qu'elle n'a pas de cornet inférieur et qu'on peut voir par son nez dans son pharynx. La rhinoscopie postérieure très facile ne montre rien. Je la cocaïne, la sensation disparaît. Elle est persuadée qu'elle a avalé son noyau et elle part enchantée.

Depuis l'observation de ces faits, lorsqu'un malade vient me voir pour un corps étranger du larynx ou du pharynx, je commence par faire un badigeonnage de cocaïne et si la sensation disparaît, il est inutile de se livrer à une recherche qui ne ferait rien découvrir.

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE ET RHINOLOGIE DE PARIS

*Séance du 1er juillet* 1892.

Le Dr POTIQUET fait une communication intitulée :

**Recherches sur les causes anatomiques de la déviation de la cloison nasale. Existe-t-il un rapport entre cette déviation et l'inflexion antéro-postérieure de l'axe de la face?**

L'incurvation peut tenir au traumatisme, polypes, etc., mais elle est surtout liée à l'évolution. L'auteur établit deux ordres de propositions :

1° La cloison s'infléchit avec l'âge et atteint son maximum de déviation à l'âge adulte.

2° La déviation, dans la race blanche, est plus fréquente et plus accusée chez l'homme que chez la femme.

3° Elle est plus marquée dans les races supérieures. Des recherches de Lissmeer, résulte cette seconde série de propositions :

1° Le maxillaire supérieur uni au palatin exécute, de la naissance à l'âge adulte, un mouvement de rotation autour d'un point correspondant à la rencontre de l'extrémité postéro-supérieure du vomer avec le corps du sphénoïde.

2° Dans les races blanches, le mouvement est plus prononcé chez l'homme que chez la femme.

3° Il est plus prononcé dans les races supérieures.

Mêmes remarques touchant l'inclinaison du bord postérieur du vomer.

Chacune de ces séries répond à un fait d'évolution, ici évolution du maxillaire supérieur ; là, évolution de la cloison.

Le mouvement de rotation ne constitue pas à lui seul toute l'évolution. Le cercle décrit autour du point indiqué se rétrécit à mesure que le mouvement de rotation se prononce, et la cloison s'infléchit avec plus de fréquence au voisinage d'une ligne allant du point de rencontre de l'extrémité postéro-supérieure du vomer avec le corps du sphénoïde à l'épine nasale antérieure, suivant une ligne allant du prémaxillaire au bec du

sphénoïde. Telle est la déviation maîtresse comparable à une baguette flexible sur les extrémités de laquelle on exercerait une pression.

La déviation de la cloison, plus fréquente dans les races humaines quand le mouvement de rotation avec retrait est plus accusé, ne serait-elle réellement que le résultat d'une accommodation imparfaite? Le parallélisme noté plus haut le donnerait à penser, mais il ne met en regard à l'âge adulte que des moyennes relatives au sexe et à la race. Il faut donc poser ainsi la question : y a-t-il dans une même race, chez les adultes du même sexe, un rapport entre le degré du mouvement de rotation avec retrait des maxillaires supérieurs autour du point indiqué et la déviation de la cloison? M. Potiquet, d'après sa statistique portant sur 46 crânes d'hommes adultes ayant, 23 la cloison déviée à droite, et 23, déviée à gauche, conclut que la courbure de la cloison n'est pas en raison directe de l'ouverture de l'angle de rotation qu'exécute, de la naissance à l'âge adulte, l'épine nasale antérieure autour du point indiqué.

On peut donc conclure que, chez les adultes masculins de notre race, il n'existe pas de rapport absolu entre le degré du mouvement de rotation des intermaxillaires autour de ce point et l'inflexion de la cloison osseuse, et on ne peut dire que cette inflexion soit chez un même sujet en raison directe du mouvement de rotation. Mais, en général, une cloison qui participe à une rotation très accusée risque davantage de s'incurver latéralement qu'une cloison dont le mouvement de rotation est peu prononcé. Ce qui est en rapport avec l'observation des auteurs, que les cloisons infléchies sont abritées par des nez longs.

*Discussion :*

M. Ruault. — Il serait intéressant d'étudier les rapports qui existent entre ces déviations du septum et l'asymétrie crânienne constatée chez les aliénés.

M. Gouguenheim. — J'ajouterai à l'observation de M. Ruault la relation que peuvent avoir des lésions de cet ordre et l'obstruction nasale avec l'asymétrie de la face et de l'orbite du même côté et l'influence que ces états peuvent avoir sur les fonctions visuelles.

M. Potiquet. — Ces recherches seraient très intéressantes, mais elles seraient très difficiles, car la surface de jonction du crâne cérébral avec le crâne facial n'est guère accessible à nos moyens d'investigation, même sur le squelette.

M. Potiquet fait une seconde communication ayant pour titre : **Des**

**épaississements de la portion antéro-inférieure de la cloison nasale. Rôle des os sous-vomériens et des cartilages de Jacobson.** (Publiée in extenso.)

M. LUBET-BARBON présente **un ouvre-bouche** qui se place sur les parties latérales des joues très en arrière de l'ouverture buccale qu'il doit maintenir béante.

*Séance du 4 Novembre* 1892.

M. GELLÉ fait une communication sur **trois faits de troubles de l'ouïe liés à une névropathie.**

L'auteur pourrait citer un bien plus grand nombre de cas. Dans chacun des trois il y a lésion de l'organe auditif. Celui-ci réagit et cause des accidents sérieux mais dont le point de départ est en dehors des oreilles.

1er *Cas.* — Homme de 46 ans. Père asthmatique. Surdité intense. Sclérose ancienne. Accidents graves récents caractérisés par des éternuements violents le précipitant à terre sans perte de connaissance mais avec congestion de la face et par des spasmes glottiques avec aphonie. Guérison par l'iodure, le lait et le Politzer. Nous sommes donc en présence, au cours d'une affection auriculaire chronique, des accidents nerveux caractéristiques d'une névrose des voies aériennes chez un arthritique.

2e *Cas.* — Audition excellente mais subissant des oscillations remarquables sous l'influence d'états nerveux variables (surdité, vertige provoqué par la mastication) dont la succession se traduit nettement par les variations de la courbe de l'ouïe. Guérison.

3e *Cas.* — Femme 30 ans. Affaiblissement de l'ouïe à gauche à la suite d'un accouchement. Excitation des centres réflexes ; neurasthénie accusée. Troubles de la sensibilité des téguments auriculaires et nasaux. Guérison par un traitement général et l'hydrothérapie.

*Discussion :*

M. HERMET et M. RUAULT citent des faits de surdité guérie dans lesquels la neurasthénie jouait le principal rôle.

M. GELLÉ s'applique à dégager le rôle du système nerveux central et du labyrinthe et les rapports des centres neuveux avec les lésions de l'appareil de transmission.

M. LICHTWITZ rapporte un cas fort intéressant **d'hydrorrhée nasale**

**avec réapparitions périodiques à la suite d'émotions chez un sujet nerveux.** Une ponction du sinus frontal donna issue à une matière gélatineuse ou sanguinolente. L'écoulement persista malgré les lavages, mais les phénomènes nerveux cessèrent. En cas d'hydrorrhée, on doit donc toujours examiner les différentes cavités des fosses nasales.

M. RUAULT **fait une communication sur l'érythème syphilitique des cordes vocales.**

L'érythème syphilitique des cordes vocales dure de 3 à 4 semaines. Outre la diffuse rougeur, il y a par places un pointillé. Le début a lieu sur le bord libre qui est épaissi.

Aphonie par parésie musculaire. La surface de la corde devient ensuite rugueuse comme une langue de chat. Il n'y a pas de sécrétion. On obtient rapidement la guérison en touchant les cordes avec une solution iodée et le traitement spécifique s'il est supporté.

M. RUAULT signale une **variété intéressante de laryngite tuberculeuse à forme inflammatoire ulcéreuse circonscrite périglottique.** — Ce n'est autre que la pachydermie interaryténoïdienne de Gouguenheim Tissier et Luc ; la métamorphose dermo-papillaire de Virchow. Ces lésions sont moins graves et la guérison peut s'effectuer sans intervention, surtout s'il n'y a pas d'ulcération. Quand il n'y pas ulcération, elle reste circonscrite.

*Discussion :*

M. ST-HILAIRE. J'ai vu au microscope des fragments de corde atteints de cette variété. Il existait des cellules géantes et peu de bacilles.

*Séance du 4 décembre 1892.*

**Érythème des sinus frontaux. Trépanation. Guérison par première intention**, par le Dr VALUDE.

(Publié in extenso).

**Note sur un signe de la suppuration des cellules éthmoïdales antérieures**, par le Dr RUAULT.

(Publié in extenso.)

**Mécanisme de la déglutition et de l'ouverture des trompes chez un malade dépourvu d'appareil palatin**, par le Dr BONNIER.

Le malade est un syphilitique chez qui les cartilages naso-lobaires ont disparu, ainsi qu'une grande partie du vomer en arrière, le tiers postérieur du squelette de la voûte palatine et le voile du palais. On ne peut toucher les apophyses ptérygoïdes malgré les facilités de l'exploration. Les piliers sont remplacés par des bandes épaisses descendant de chaque côté de la voûte et formant une anse dont le milieu inférieur et postérieur se continue avec la région aryténoïdienne. L'épiglotte est très réduite. Les trompes peuvent s'ouvrir pendant le bâillement et la déglutition, malgré l'absence du moins très probable des péristaphylins interne et externe et celle d'aponévrose palatine mobile.

La fonction tubo-tympanique peut donc conserver son intégrité au milieu d'un délabrement considérable du haut pharynx.

**Rôle phonique de la trachée ou porte-vent**, par le D. MOURA.

1° Il y a un double mouvement d'allongement et de racourcissement de la trachée variant de 25 à 35 millim.

Le calibre augmente par l'abaissement du larynx. La tension des parois s'accroît par l'allongement et le calibre se rétrécit quand le larynx monte. C'est sur ce double fait que se base la formation des sons glottiques.

2° Le tube trachéal n'est pas régulier comme celui des instruments à vent. Les diamètres varient aussi de l'homme à la femme. Le trajet des trachées est aussi irrégulier : elles peuvent être aplaties, sinueuses, etc., etc. Ces défectuosités peuvent altérer les vibrations de l'anche humaine.

3° La laryngométrie apprend que le parallélisme de développement anatomique entre la longueur des bords de la glotte ligamentaire et le diamètre de la trachée d'une part et le diamètre du cricoïde d'autre part est très souvent en défaut.

L'auteur cite une série d'irrégularités qui évidemment altèrent aussi bien chez l'homme que chez la femme les qualités des voix individuelles.

4° L'auteur mentionne quelques extraits empruntés à la physiologie et à l'acoustique rendant compte de l'influence que peut exercer l'onde trachéale ou sous-glottique sur les vibrations des bords de la glotte et par suite sur les ondes sonores du résonnateur laryngo-pharyngien, c'est-à-dire sur le son de la voix.

5° L'auteur étudie la pectoriloquie ou résonnance de la voix dans la poitrine.

Les vibrations de la glotte, c'est-à-dire les tons de la voix, trouvent

renfort et soutien dans l'onde trachéale, pourvu qu'une irrégularité de conformation n'ait pas trop déformé le calibre du tuyau porte-vent.

JURANVILLE.

# ANALYSES ET COMPTES RENDUS

## I. — NEZ.

**Contribution to the question of so-called croup of the nose. (Contribution à l'étude de l'affection appelée croup du nez. (Rhinitis crouposa et fibrinosa)**, par le Dr JOHN SEDZIAK, de Varsovie. In *the Journ. of Laryng. Rhin. and Otol.*, septembre 1892, p. 387.

Mme G..., âgée de 20 ans, vient consulter l'auteur pour un catarrhe nasal qui avait débuté quelques jours auparavant, survenu quelques heures après l'expulsion d'une croûte par la narine droite, et accompagné depuis d'une obstruction presque complète de la fosse nasale. On constate par la rhinoscopie antérieure un peu de rougeur et un gonflement léger de la narine droite ; toute la cloison est couverte de membranes blanchâtres épaisses, qui s'étendent également sur tout le cornet inférieur et sur une grande partie du cornet moyen. Le pharynx et le naso-pharynx sont à l'état normal.

Le traitemement consista en insufflations d'aristol pur dans la narine, et en application de tampons chargés de baume du Pérou et de résorcine. Le lendemain l'état local était bien meilleur : après avoir soigneusement désinfecté la narine, John Sedziak retire une portion de membrane qu'il doit inoculer à un animal, et le lendemain il en extrait une autre pour en faire l'examen microscopique,

Le même traitement est continué, et au bout de quelques jours tous les accidents avaient disparu ; deux semaines après le début de l'affection, la malade était guérie.

Pas plus dans ce cas que dans les cas précédents, l'auteur n'a pu trouver dans les membranes le bacille typique de Klebs-Löffler : le résultat de l'inoculation a été négatif ; aussi, les symptômes cliniques (trouble léger de l'état général, pas d'engorgement ganglionnaire, pas de symptômes du côté du pharyvx et du naso-pharynx, pas plus que du côté des

oreilles, pas de paralysies secondaires, pas de contagiosité) venant par leur caractère bénin corroborer les résultats de l'examen bactériologique. l'auteur croit-il pouvoir affirmer qu'on a affaire dans des cas semblables, à une maladie spéciale, rare il est vrai, mais qui n'a rien de commun avec la diphtérie.

GOULY.

**Ueber Rhinitis hypertrophica und Amenorrhoe (Rhinite hypertrophique et aménorrhée)**, par le Dr FRANZ OPPENHEIMER. In *Berl. Klin. Wochenschr.*, 3 octobre 1892.

Chez cinq femmes chlorotiques qui n'avaient pas vu leurs règles depuis plusieurs mois, Oppenheimer a obtenu le rétablissement de la fonction menstruelle à la suite d'un traitement opératoire dirigé contre un état hypertrophique de la muqueuse ayant pour conséquence une perméabilité incomplète des cavités naso-pharyngiennes. L'auteur pense que l'opération a agi chez ses malades en améliorant la respiration et en favorisant l'oxygénation du sang ; d'où guérison de la chlorose et régularisation de la menstruation. A l'appui de son explication, il invoque l'exemple des enfants pâles et languissants, porteurs de végétations adénoïdes qui prennent rapidement des couleurs et de la force à la suite de l'extraction de ces néoplasmes.

LUC.

**Affections de l'appareil respiratoire. Prodromes de la fièvre typhoïde. Ulcérations typiques laryngées**, par le Dr BAYER. In *Revue de laryng. d'obst. et de rhin.*, 15 juillet 1892.

La fièvre typhoïde débute quelquefois par des affections des premières voies respiratoires : les symptômes pathologiques se montrent en général vers la fin de la première semaine sous forme de rhinites, avec inflammation de la muqueuse pharyngo-laryngée, catarrhe de la trompe d'Eustache et de l'oreille moyenne, inflammation amygdalienne avec apparition d'ulcérations superficielles sur les piliers antérieurs, le voile du palais et la luette.

Du côté du larynx, rougeur du vestibule, chute d'épithélium qui forme une couche furfuracée sur l'épiglotte, les aryténoïdes et les replis aryépiglottiques. L'observation suivante confirme l'opinion de von Willer, d'après lequel les ulcérations pharyngées dénotent des cas graves de fièvre typhoïde.

Le Dr G... vient consulter pour une extinction de voix et de la difficulté de déglutition. On constate une laryngo-pharyngite aiguë, rougeur des cordes vocales et trachéite. Huit jours après, le malade s'alite à la suite d'un grand frisson, et les symptômes constatés ne laissent aucun doute sur la nature typhique de la maladie. Le 15e jour on constate des mucosités sanguinolentes dans le naso-pharynx; à l'isthme du pharynx existaient des taches blanches constituées par des ulcérations superficielles : on en remarquait également sur les piliers antérieurs, et sur les côtés de la luette. On examina ces ulcérations et l'on y trouva le bacille typique du typhus. Le malade fut emporté le 44e jour par une pneumonie hypostatique.

GOULY.

**A case of suppurating ethmoïditis. (Un cas d'ethmoïdite suppurée),** par le Dr J.-H. BEYAN, de Washington. In *New York med. Journ.,* 1893, 28 janvier, p. 97.

Il s'agit d'une jeune femme de 28 ans. Les conditions étiologiques du cas sont assez obscures, car, si l'affection parut se produire consécutivement à une attaque d'influenza, elle fut d'autre part précédée d'un abcès péri-alvéolaire de la seconde molaire du côté en question (côté gauche).

Trois mois après cet accident, la malade éprouva, outre des phénomènes de suppuration fétide de la fosse nasale gauche, de violentes douleurs de tête, avec sensibilité spéciale du globe oculaire gauche à la pression. On percevait en outre une sensation de crépitation en appuyant sur l'angle interne de l'orbite.

La rhinoscopie antérieure révélait les particularités suivantes : état hypertrophique des cornets moyen et inférieur, masses polypeuses insérées sur le premier de ces replis, accumulation de pus caséeux fétide dans le méat moyen.

L'éclairage électrique ayant révélé une opacité de la région du sinus maxillaire gauche, cette cavité fut ouverte par l'alvéole et l'on en retira une petite cuillerée de pus, mais, tandis que la suppuration de ce sinus s'arrêtait à la suite de quelques lavages, celle du méat moyen persista avec les mêmes caractères de fétidité, jusqu'au jour où, l'extraction des polypes s'étant accompagnée de l'ablation d'un fragment osseux, il en résulta (probablement à la suite de l'ouverture d'une des cellules ethmoïdales) une recrudescence de l'écoulement purulent qui fit bientôt place à un complet tarissement du pus et à la disparition de tous les symptômes pénibles éprouvés par la malade.

LUC.

**Ueber acute und chronische Erkrankungen der Keilbeinhöhlen. (Des affections aiguës et chroniques des sinus sphénoïdaux)**, par le Dr Max Schaeffer, de Brême. *Deutsch. med. Wochenschr.*, 1892, nº 47, p. 1061.

L'auteur a observé depuis 1890, 19 cas d'inflammation aiguë et 53 cas d'inflammation chronique des cavités sphénoïdales et il édifie sur ces faits nombreux une intéressante description clinique de l'affection en question.

A. — *Forme aiguë.*

Il s'agit là d'un catarrhe aigu de ces cavités, consécutif à une affection de même nature des fosses nasales ou du pharynx nasal. L'extension du catarrhe au sinus sphénoïdal s'annonce par des douleurs vers le milieu de la tête ou l'occiput, des sensations vertigineuses et un sentiment de compression derrière les yeux, enfin par un redoublement de la fièvre.

Objectivement, on constate par la rhinoscopie antérieure une disparition du sillon qui sépare normalement le cornet moyen de la cloison nasale et qui se trouve alors remplacé par un bourrelet d'un rouge vif résultant de la projection en avant et en bas de la paroi antéro-inférieure du sinus en question. En ce point on peut constater la présence d'un dépôt de muco-pus qui se reproduit après qu'on l'a étanché avec de la ouate.

L'auteur conseille en pareil cas la médication suivante : Après cocaïnisation préalable, chercher à faire pénétrer un stylet à travers l'orifice naturel du sinus que l'on trouve d'ordinaire sans trop de difficulté au niveau du bourrelet sus-mentionné ; dans le cas où la sonde ne rencontre pas l'orifice, enfoncer tout simplement la paroi du sinus ; retirer ensuite la sonde et exhorter le malade à souffler fortement par le nez, ou bien pratiquer la douche de Politzer, manœuvres qui ont pour résultat l'évacuation du muco-pus renfermé dans le sinus. Enfin, pulvérisations nasales avec une solution de sublimé au 1/10000 et pulvérisations à l'iodoforme dans la direction du sinus.

Pendant toute la durée du traitement le malade doit prendre chaque jour de l'iodure de potassium dans le but de rendre la sécrétion plus fluide.

L'auteur a obtenu la guérison dans tous ses cas. La plus courte durée de la maladie a été de 15 jours, la plus longue n'a pas excédé deux mois. Les cas se répartissent entre 11 hommes et 8 femmes. Dix fois elle occupait les deux sinus, six fois elle siégeait à droite et trois fois à gauche.

Quatre fois l'affection fut consécutive à l'influenza ; chez un malade elle se montra à la suite d'une syphilis nasale ; chez un autre, consécutivement à des extractions de polypes nasaux (étiologie déjà mentionnée par Ruault).

### B. — *forme chronique.*

Peut être consécutive à la forme précédente non soignée à temps ou se montrer dans le cours d'une rhinite chronique. Peut être d'autre part influencée dans son développement par certaines dyscrasies (scrofule, tuberculose, syphilis, lupus.) Coexiste fréquemment avec des polypes nasaux et l'auteur pense qu'en pareil cas ces néoplasmes peuvent être consécutifs à l'inflammation du sinus ou au contraire antérieurs à elle et qu'ils en ont alors favorisé le développement.

Les symptômes subjectifs consistent en une secrétion purulente donnant lieu à la formation de croûtes fétides dans les cavités naso-pharyngiennes, en une sensation de fétidité plus sensible au malade qu'à son entourage, en des phénomènes vertigineux accompagnés de paresse intellectuelle et de sensations d'abattement, enfin, en un sentiment de pression douloureuse au-dessus de la racine du nez.

Objectement on constate un élargissement insolite du dos du nez avec empâtement des parties molles.

La rhinoscopie antérieure révèle une hyperplasie de la muqueuse de la cloison à la hauteur du cornet moyen, entraînant une diminution du sillon qui sépare la cloison de ce cornet. L'ouverture normale du sinus est généralement élargie par suite d'une sorte de travail d'usure.

La rhinoscopie postérieure permet de constater les signes de la pharyngite sèche avec formation de croûtes au niveau de la voûte pharyngée. Il peut y avoir ouverture ulcéreuse de la paroi inférieure du sinus, en sorte que la sonde introduite dans cette cavité par la fosse nasale ressort dans le pharynx nasal. D'autre part, le pus peut s'engager entre les deux lames du vomer et, perforant l'une d'elles apparaître sur l'une des faces de cet os.

L'auteur conseille comme traitement le curettage de la cavité malade à l'aide d'une curette introduite à son intérieur. Il pratique ensuite des pulvérisations de sublimé et des insufflations d'iodoforme comme dans le cas précédent. Il conseille également l'emploi consécutif de la médication iodurée.

Il a observé cette forme sur 19 hommes et 34 femmes, quinze fois à gauche, treize fois à droite, vingt-cinq fois des deux côtés. La guérison a

été obtenue (39 fois) toutes les fois que l'affection n'était pas sous la dépendance d'un état pathologique incurable des fosses nasales tel que l'ozène ; et encore, en pareil cas, le traitement a-t-il amené une amélioration notable.

LUC.

**Étude critique sur l'étiologie des déviations de la cloison nasale,** par le Dr POTIQUET. *Médecine moderne,* 17 et 24 mars 1892.

Après avoir retracé l'historique de la question, l'auteur énumére les différentes déviations de la cloison nasale.

D'après Hartmann, on peut distinguer trois sortes de saillies de la cloison : « Les unes siègent entre le vomer et le cartilage quadrangulaire, d'autres entre le vomer et la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, d'autres enfin entre le cartilage quadrangulaire et la lame perpendiculaire. Les premières, en forme de crêtes allongées, sont les plus fréquentes : les secondes sont généralement en forme d'épines. Les troisièmes, en forme de crêtes allongées, sont infiniment plus rares que les premières ».

La constitution anatomique des saillies qui jalonnent le bord supérieur du vomer — les plus fréquentes de toutes — a été bien fixée par Zuckerkandl. Formées le plus souvent par le prolongement caudal du cartilage quadrilatère inclus plus ou moins complètement dans le bord supérieur du vomer, elles sont donc le plus souvent de nature à la fois osseuse et cartilagineuse et n'occupent en un même point qu'une des faces du septum. Aux saillies décrites par M. Hartmann peut répondre une dépression sur le côté opposé du septum.

M. Hofmann a signalé récemment des courbures du bord postérieur de la cloison — courbures tout à fait exceptionnelles. Enfin, le bord postérieur de la cloison peut, mais sans cesser d'être rectiligne, affecter une position oblique par rapport au plan médian du corps.

Mais, suivant M. Potiquet, de toutes les inflexions de la cloison, la plus fréquente et la plus marquée est celle qui, longeant le bord supérieur du vomer ou son voisinage, va du prémaxillaire au bas du sphénoïde. Pour comprendre le mécanisme des incurvations que subit le septum nasal durant sa croissance, il faut bien savoir que le septum est avant tout et primitivement une lame cartilagineuse qui, à mesure que l'ossification l'envahit en arrière et en bas pour constituer le vomer, en arrière et en haut pour former la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, continue

néanmoins à se développer. Toute déviation des os a donc été à l'origine une déviation cartilagineuse ; un vomer infléchi ne s'est pas dévié : il est né dévié. Et non seulement le vomer ne fait que suivre docilement la direction prise antérieurement par la lame cartilagineuse qu'il remplace, mais encore il semble prendre à tâche d'en niveler les inégalités, celle de ses lames qui occupe la concavité de l'inflexion acquérant en général plus d'épaisseur que celle qui double la convexité et celle-ci s'amincissant au point de faire défaut là où le prolongement caudal se coude avec trop de brusquerie.

La cloison ne manifeste pas de tendance spéciale à s'incurver d'un côté ou de l'autre. Les auteurs se sont ingéniés à déterminer les causes des courbures et des épaississements du septum. Pour M. Potiquet, à part quelques cas tout à fait exceptionnels (polypes, corps étrangers, etc.) il ne faut admettre que deux causes à ces déviations : le défaut d'harmonie entre le développement de la cloison et celui du cadre osseux qui l'enchâsse, et le traumatisme.

Les végétations adénoïdes du pharynx supérieur peuvent-elles être incriminées? L'auteur n'a pas vu que les déviations du septum fussent, somme toute, plus fréquentes et plus marquées chez les sujets dont le pharynx supérieur est obstrué par des végétations adénoïdes. Si l'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne n'en garantit pas la cloison, du moins ne l'y prédispose-t-elle pas.

Après avoir énuméré les nombreuses causes proposées aux déviations du septum, l'auteur en revient au traumatisme dont l'influence lui paraît beaucoup moins grande qu'on ne l'a supposé, et enfin aux troubles de développement qu'il rend en grande partie responsables des irrégularités de la cloison.

S'appuyant sur les données de l'anatomie comparée, l'auteur montre que l'être humain, l'Européen surtout n'est jamais symétrique, que par une approximation parfois assez lointaine. L'absence de symétrie du crâne est la règle chez l'homme; le septum est très fréquemment dévié ou déjeté à droite ou à gauche.

L'incurvation latérale du septum, plus marquée d'une manière générale chez l'homme que chez la femme, plus marquée dans les races supérieures que dans les races dites inférieures, le plus souvent nulle ou presque nulle chez les anthropoïdes, apparaît donc en raison directe de l'évolution organique : elle est, peut-on dire, un fait d'évolution.

Mais il est une inflexion d'un autre genre, indubitablement normale, celle-là, et de plus inéluctable, que subit bon gré, mal gré, le septum

nasal de la naissance à l'âge adulte, c'est à savoir une inflexion dans le sens antéro-postérieur, sorte de mouvement de rotation que cette lame en voie d'accroissement, guidée par les maxillaires supérieurs, décrit autour du corps du sphénoïde, pris comme centre. Ce mouvement a été étudié et démontré par plusieurs anthropologistes, notamment par Ecker et Lissauer. L'incurvation latérale de la cloison nasale ne proviendrait-elle pas en partie de la difficulté, vraisemblablement variable, suivant les individus, que doit éprouver sa lame cartilagineuse, fondamentale, à s'adapter à ce mouvement d'inflexion? Des recherches entreprises à l'amphithéâtre des hôpitaux le donneraient à penser; les résultats en seront publiés dans une prochaine communication.

MENDEL.

**Beitrag zur Ætiologie und Therapie des Empyema Antri Highmori.** (**Contribution à l'étiologie et au traitement de l'empyème du sinus maxillaire**, par AUGUST KUCHENBECKER, assistant de la clinique oto-laryngologique de l'université de Bâle. In *Monatsschr. f. Ohrenheilk.*, 1892, nos 3, 4 et 5.

Ce travail repose sur l'examen de 31 malades observés à la clinique du Dr Siebenmann ou vus par ce dernier dans sa clientèle particulière.

*Étiologie.* — Sur ces 31 cas d'empyème il en est un, de caractère aigu, qui survint à la suite d'un bain; il fut causé très vraisemblablement par la pénétration de l'eau dans le sinus. Un autre fut consécutif à un tamponnement de la fosse nasale avec de l'ouate imbibée d'une solution de perchlorure de fer. Dix fois l'affection reconnaissait une origine dentaire, deux fois la présence dans l'antre d'un néoplasme carcinomateux; sept fois elle se produisit au cours d'une maladie générale, en particulier de l'influenza, et l'auteur insiste à ce propos sur l'importance et la fréquence de cette détermination dans les maladies infectieuses. Il rappelle que Weichselbaum a, en 1890, sur dix sujets morts de l'influenza, rencontré chez tous une inflammation des cavités annexes du nez, notamment des sinus maxillaires; et Siebenmann a trouvé si souvent sur des cadavres de sujets morts d'influenza ou de fièvre typhoïde, une inflammation des sinus, notamment des sinus sphénoïdaux dans la fièvre typhoïde, qu'il est disposé à rapporter à cette inflammation les douleurs névralgiques de la face durant l'influenza et la céphalée des typhiques.

D'après les relevés statistiques de l'auteur, le sexe lui semble sans influence sur la fréquence de l'affection; c'est surtout de vingt à quarante ans qu'on l'observe.

*Traitement.* — Parmi les procédés employés pour donner issue au pus du sinus maxillaire, le Dr Siebenmann donne la préférence au procédé de Cooper (ouverture par l'apophyse alvéolaire) : il emploie à cet effet un perforateur dont il a donné ailleurs la description, et, afin de maintenir l'ouverture béante et d'éviter le passage des aliments de la bouche dans le sinus, il bouche l'ouverture pratiquée avec un obturateur en métal. Dans les cas aigus, qui ne demandent qu'à guérir, l'obturateur est inutile. Le traitement consécutif consiste en lavages avec une solution boriquée et en insufflations de poudre d'iodoforme. Le procédé de Cooper semble offrir au Dr Siebenmann bien des avantages sur celui de Mikulicz (ouverture par le méat inférieur). Les reproches qu'il adresse à ce dernier procédé ne sont pas sans fondement : épaisseur de la paroi osseuse au niveau du méat inférieur, difficulté de voir le champ où on opère, impossibilité pour le malade de se traiter lui-même, etc.

Dans un cas tardant à guérir par la méthode de Cooper, il eut recours à celle de Desaul (ouverture par la fosse canine), en ayant soin d'établir de ce côté un trou largement béant.

POTIQUET.

**Écoulement de sang par les points lacrymaux au cours d'une épistaxis après le tamponnement des fosses nasales**, par le Dr MALBEC. (Communication à la *Société de biologie*, 4 mars 1893.)

Une dame, âgée de cinquante-deux ans, fut prise tout à coup d'une épistaxis abondante ayant son point de départ sur la cloison de la fosse nasale droite. Après le tamponnement antérieur de cette fosse nasale, le sang s'écoula par la narine gauche ; on pratiqua alors le tamponnement antérieur complet des deux fosses ; le sang s'écoula tout d'abord par l'arrière-gorge, mais sous l'action d'efforts que faisait la malade pour arrêter l'écoulement en arrière, une partie de ce sang vint sourdre au niveau des points lacrymaux, des deux côtés ; les yeux parurent s'injecter, puis le sang s'écoula en larmes le long des joues. Le même fait se reproduisit le lendemain après le tamponnement que l'on fut obligé de pratiquer au cours d'une nouvelle épistaxis.

Ce phénomène est intéressant au point de vue physiologique, parce qu'il montre l'insuffisance des diverses valvules que l'on a décrites dans les voies lacrymales.

## II. — Larynx, trachée.

**Diseases of the frontal sinus. (Maladies du sinus frontal)**, par le Dr M. Rankin. In *N. Y. med. Journ.*, 19 nov. 1892.

Le sinus frontal peut être le siège de lésions diverses qu'il est d'autant plus important de pouvoir reconnaître qu'elles sont souvent le point de départ d'affections sérieuses et parfois incurables des fosses nasales, et qu'inversement elles sont, dans certains cas, provoquées par des maladies du nez méconnues ou traitées trop légèrement. Les affections les plus importantes de cette région sont l'inflammation simple ou spécifique (syphilis tertiaire), les corps étrangers, insectes ou larves (Fränkel), les polypes (Cozzolino), les hydatides (Keate), le cancer encéphaloïde (Gross). Nous résumons ici deux observations de sinusite, dues l'une à un traumatisme, la seconde à la grippe.

Observation I. — Un soldat de 34 ans reçoit pendant la guerre une balle qui le frappe en plein front. La plaie cicatrisa vite, mais il lui resta au niveau du sinus frontal une douleur continue, profonde et extrêmement pénible. Il n'y avait pas trace de syphilis. Les traitements locaux et généraux furent impuissants, et le malade ne fut guéri qu'à la suite de la trépanation du sinus qui donna issue à une cuillerée de pus. Depuis, les accidents n'ont pas reparu.

Obs. II. — A la suite d'un froid accompagné de frissons et de fièvre, J. L..., âgé de 32 ans, ressent au niveau du sinus frontal des douleurs d'une intensité extraordinaire. Les injections hypodermiques de morphine, le traitement antiphlogistique intus et extra, ne furent d'aucun secours, la fièvre augmentant et s'accompagnant de délire. On trépane le sinus qui contenait une demi-once de pus. Le soulagement fut immédiat, les suites opératoires normales, et la guérison définitive.

Gouly.

**Ueber einige Fälle von Larynxerkrankungen behandelt mit Cantharidinsauren kali. (Traitement de quelques cas de maladies du larynx traités par le cantharidate de potasse)**, par le Dr Germonig, de Trieste. *Centralblatt. f. klin. med.*, 1891, n° 2.

Germonig a traité dix cas par le cantharidate de potasse : il n'a constaté aucune action sur la phtisie du poumon, le nombre ou la colorabilité des bacilles, mais il a obtenu avec cette substance mieux qu'avec toute autre

la diminution de l'œdème laryngien, la guérison rapide des ulcérations, en un mot de tous les symptômes de la tuberculose laryngée. On associera avec avantage à ces injections les badigeonnages à l'acide lactique. On doit toujours surveiller l'albuminurie.

GARNAULT.

**Zur symptomatologie des Tuberculose. (De la symptomatologie de la tuberculose)**, par le Dr PAUL HEYMANN (de Berlin). Communication faite le 17 février 1892 à la Société de médecine de Berlin.

Le Dr Heymann présente à la Société deux malades. L'un, âgé de 35 ans, sans antécédents héréditaires, est atteint de tuberculose des poumons et du larynx. On note également une ulcération, allongée, infiltrée à la partie interne de la joue. Cette ulcération, dont le fond contenait quelques bacilles, est nettement tuberculeuse.

Le second malade présente un début particulier de tuberculose laryngée. Il commença par ressentir au côté droit de la joue une douleur irradiant vers l'oreille. Il n'y avait pas de pharyngite, mais on notait que la paroi latérale droite du pharynx était plus bombée que la paroi gauche. De plus, à la palpation de la région antérieure du cou, on pouvait observer l'existence d'un petit ganglion lymphatique tuméfié au niveau du bord inférieur du cricoïde. Enfin, il y avait au sommet droit de la matité et quelques petits râles.

Dans le larynx, on pouvait voir que la corde droite n'était pas libre dans son mouvement d'abduction : elle s'arrêtait à moitié chemin.

L'auteur est tenté d'attribuer la diminution dans la motilité de la corde droite à une paralysie partielle des dilatateurs causée par une compression du récurrent : compression produite soit par l'induration du sommet droit, soit-ce qui est plus vraisemblable par les ganglions qui longent le récurrent, et qui auraient subi eux-mêmes l'infiltration tuberculeuse. Et il s'agit bien là d'une compression exercée sur le récurrent et non sur le tronc du nerf vague, car la fréquence du pouls n'est pas augmentée. Ces lésions glandulaires ont été bien décrites il y a quelques années par Gougnenheim et Leval-Picquechef. Cependant le Dr Heymann n'accepte pas les conclusions de ces deux auteurs, pour qui la compression récurrentielle produirait le spasme des adducteurs. Dans le ca i-dessus, en effet, l'abduction était possible, mais incomplète.

MENDEL.

**Sur l'anatomie pathologique des nodules des chanteurs,** par MM. SABRAZÈS et FRÈCHE. In *Annales des maladies de l'oreille, etc.*, septembre 1892.

On appelle *nodules des chanteurs* des productions pédiculées ou sessiles, assez régulièrement arrondies, siégeant plus particulièrement à l'union du tiers antérieur au tiers moyen du bord libre des cordes vocales où elles forment des saillies blanchâtres. Ces nodules peuvent guérir spontanément ou rester longtemps stationnaires : ils s'accompagnent de troubles fonctionnels parmi lesquels il faut noter la parésie des constricteurs, parésie qui disparaît parfois immédiatement après l'ablation des nodules.

Ils sont constitués histologiquement « par des hypertrophies limitées de l'épithélium et du chorion muqueux. Tantôt l'épaississement de l'épithélium est prédominant, et, dans ce cas, ou bien l'hyperplasie intéresse les diverses couches cellulaires, ou bien elle porte plus particulièrement sur l'une d'elles et s'accompagne soit de kératinisation en excès, soit d'une multiplication exagérée des cellules polyédriques ; tantôt le chorion réagit plus vivement sous la forme de saillies papillaires. Le plus souvent, l'épithélium et le chorion participent à l'épaississement : celui-ci est d'autant plus appréciable que le revêtement muqueux du bord libre des cordes vocales est normalement extrêmement mince ».

GOULY.

**A case of Phthisis of the Larynx and lungs, terminating in epithelioma of the Larynx. History of syphilis nineteen years previously. (Un cas de phtisie laryngée et pulmonaire se terminant par un épithélioma du larynx. Accidents syphilitiques dix-neuf ans auparavant),** par le Dr MORRIS WOLFENDEN. In *The Journ. of Laryng. Rhin. and Otol.*, décembre 1892.

Très intéressante observation d'un malade âgé de 46 ans, venant consulter pour une dysphagie datant de près d'un an. Il avait eu la syphilis dix-neuf ans auparavant. Malgré le résultat négatif fourni par l'examen des poumons, le diagnostic de tuberculose s'imposait après l'examen laryngoscopique qui donnait tous les signes de la phtisie laryngée au début. Le diagnostic fut confirmé quelques mois après, et pendant dix mois, l'état du malade ne fit qu'empirer.

Il se décida alors à entrer à l'hôpital, et les soins quotidiens qui lui

furent donnés, tant au point de vue local, qu'au point de vue général, amenèrent une amélioration assez notable pour que, quatre mois après, il pût retourner chez lui, se croyant guéri. Pendant cinq mois son état resta satisfaisant lorsque presque subitement se manifestèrent des symptômes graves, une dyspnée assez intense pour nécessiter la trachéotomie. A ce moment l'examen laryngoscopique montrait un œdème général de la cavité laryngée, une tumeur d'aspect épithéliomateux à la partie antérieure de la bande ventriculaire gauche, et une tumeur semblable au niveau du repli ary-épiglottique gauche. Les tumeurs augmentèrent vite de volume, provoquant de vives douleurs qui irradiaient dans l'oreille et ne tardèrent pas à s'ulcérer ; il y eut plusieurs hémorrhagies laryngées, les ganglions du cou furent pris à leur tour et la cachexie fit des progrès si rapides que l'état du malade ne laissait plus d'espoir. Depuis lors on n'a pas entendu parler de lui, et tout permet de supposer qu'il a succombé. GOULY.

**Épithélioma primaire du larynx. Intubation. Trachéotomie. Laryngotomie. Laryngectomie. Larynx artificiel,** par le Dr BAYER. In *Rev. de Laryng.*, etc., 1892, n° 14.

J.-B. D..., âgé de 61 ans, vient consulter le 3 août 1891, pour une affection de la gorge datant de trois ans qui s'est beaucoup aggravée depuis un an. La dyspnée est progressive depuis six mois et provoque des accès de suffocation qui menacent la vie du malade. L'aphonie est complète.

On constate à l'examen laryngoscopique une obstruction presque complète du larynx produite par des excroissances à gros grains sur les parois laryngées et les cordes vocales. Le diagnostic d'épithélioma primaire est confirmé par l'examen histologique. L'ablation de quelques excroissances ayant provoqué une hémorrhagie menaçante, l'auteur fait l'intubation ; quelques jours après, la dyspnée s'accentuant on trachéotomise le malade, mais cette seconde opération n'étant pas suffisante, le Dr Lavis entreprend le 25 août, la laryngotomie qu'il abandonne aussitôt qu'il voit que tout le larynx est compris dans la dégénérescence carcinomateuse. Il fait alors la laryngectomie. Les suites opératoires furent très favorables, et au bout de quelques jours la plaie se fermait et le malade se passait de sonde œsophagienne. Le 25 septembre on place un larynx artificiel. Une récidive se montrait au commencement du mois de décembre, et quelques semaines après, on trouva, un matin, le malade mort dans son lit.

GOULY.

**Ueber Cystenbildung in Stimmbandpolypen. (De la formation de kystes dans les polypes des cordes vocales).** Mémoire lu à la 64e réunion des naturalistes et médecins allemands, à Halle, le 22 septembre 1881, par le professeur O. CHIARI. In *Wiener klin. Wochenschrift*, 1891, n° 52.

Dans les régions laryngées qui présentent des glandes, la formation de kystes peut très bien s'expliquer en admettant une rétention glandulaire.

Il n'en est pas de même pour les kystes du bord libre des cordes vocales inférieures, car, d'après les préparations de l'auteur, les glandes n'existent sur les cordes que jusqu'à 3 ou 4 millim. 1/2 à partir de leur bord adhérent. Il est donc fort vraisemblable que, pour les kystes des cordes, une autre interprétation s'impose, d'autant plus que dans l'examen des fibromes des cordes, on ne trouve que rarement des formes glandulaires.

Après avoir retracé les opinions de Türck, Bruns, Eppinger, Mackenzie, etc., d'après lesquels les kystes trouvés dans les tumeurs des cordes vocales se rapporteraient souvent à des formations de cavités remplies de liquides dans le sein même du néoplasme, l'auteur présente le résultat de ses propres observations.

Ces cavités qu'on trouve dans l'intérieur des tumeurs sont souvent tapissées d'endothélium et sont dues à une imbibition œdémateuse du tissu, et à la distension des espaces lymphatiques.

Enfin de petites collections liquides peuvent soulever l'épithélium des cordes vocales.

Gradenigo a opéré un polype kystique de la corde vocale gauche, gros comme un haricot, dont l'examen histologique a été soigneusement fait. La plus grande partie du polype était occupée par une cavité tapissée d'une membrane propre recouverte d'endothélium. Dans le tissu voisin, on découvrait des lacunes qui ne sont autres que des espaces lymphatiques. Cette tumeur kystique est donc sans aucun doute due à la néoformation d'espaces lymphatiques.

Un second kyste opéré par l'auteur n'était formé que par un ramollissement du tissu conjonctif qui le constituait.

L'auteur a examiné en outre quinze polypes du bord libre des cordes vocales et de dimensions variables (d'un pois à un haricot). Ces tumeurs ne paraissaient nullement kystiques, mais l'examen microscopique démontrait en eux soit de petit espaces remplis de liquides, soit des lésions conduisant à la formation de kystes.

MENDEL.

**Rare forms of Laryngeal growths. (Formes rares de tumeurs laryngées)**, par le Dr ALEXANDER W.-MAC COY, de Philadelphie. In *New.-York med. Journ.*, 4 février 1893, p. 126.

Premier cas : un myxome de la grosseur d'un haricot émergeant du ventricule de Morgagni droit, chez une femme de 39 ans.

Deuxième cas : chez un homme de 40 ans, au milieu de lésions laryngées tuberculeuses, constatation d'une large tumeur arrondie, lisse, en forme de poire, insérée immédiatement au-dessous de la commissure vocale et produisant une sténose intense. Ablation du néoplasme au moyen de l'anse froide.

L'examen histologique confirma, dans le premier cas, le diagnostic *myxome* et permit, dans le second, de poser le diagnostic *fibrome*.

LUC.

**Morceau de verre arrêté à l'entrée des voies digestives et aériennes**, par le professeur MOURE, de Bordeaux. *Rev. de laryng.*, nº 3, 1893.

Extraction au moyen d'une pince, d'un fragment de verre triangulaire mesurant au moins 3 centim. sur chacun de ses bords et ayant séjourné pendant un mois à l'entrée de l'œsophage, ne donnant lieu qu'à des phénomènes de dysphagie relativement peu prononcés.

LUC.

**Corps étranger de la trachée**, par le Dr FEILCHENFELD. Communication à la *Soc. méd. de Berlin*, 1893, d'après le *Bulletin médical*, 1893, nº 14, p. 163.

Il s'agit d'un homme qui pendant son repas avait laissé pénétrer dans sa trachée un petit fragment de cartilage.

Il ressentit aussitôt une vive douleur à la région rétro-sternale, ainsi que de la dyspnée et un violent besoin de tousser ; la respiration était sifflante et s'entendait de loin. Il continua à manger jusqu'au moment où il fut pris d'un accès d'étouffement. C'est alors qu'il fit appeler un médecin. M. Feilchenfeld le vit quatre heures après et le trouva en proie à une grande anxiété avec agitation continuelle. L'examen laryngoscopique fut négatif. Le diagnostic regardé comme probable fut celui de corps étranger logé dans une bronche.

Le malade fut alors placé sur un siège avec la tête en bas. Aussitôt

il rejeta le corps étranger dans un accès de toux : c'était un fragment de cartilage mesurant dix millimètres sur huit.

**De la mort par inertie cardiaque après l'extirpation du larynx**, par le Dr M. GROSSMANN. *Wien. med. Woch.*, 1892, n° 44, d'après l'analyse de l'*Americ. Journ.*, etc.

G. cherche à expliquer par certaines expériences instituées par lui le mécanisme de la syncope mortelle parfois observée aprés une extirpation du larynx dont les suites ont d'abord été satisfaisantes.

Il admet soit une irritation des bouts centraux des nerfs laryngés supérieurs par les pièces de pansement, soit une névrite de ces mêmes tronçons. Il en résulterait un accroissement de la tension artérielle ayant pour conséquence la réplétion et la distension des grosses artères et du ventricule gauche du cœur.

**Conséquences d'une trachéotomie**, par le Dr SCHLANGE. Communication à la *Soc. de méd. int. de Berlin*, d'après le *Bullet. méd.*, 5 mai 1893.

La communication du Dr Schlange a trait à une fillette de dix ans à qui il avait fait, il y a sept ans, la cricotrachéotomie ; la canule ne put être retirée. Trois ans plus tard, la malade fut présentée à M. Bergmann qui constata une large perte de substance au niveau de la partie antérieure de la trachée ; à la place du cartilage cricoïde détruit se voyait un rétrécissement serré. M. Bergmann fit la dilatation de ce rétrécissement et retira la canule. M. Schlange s'attendait à trouver cette enfant absolument aphone ; or, elle parle très bien à haute voix, mais à condition d'incliner la tête en avant.

## III. — PHARYNX.

**Zur Pathologie der Zungentonsille in Zusammenhange mit Angina epiglottica und Glossitis acuta. (Contribution à la pathologie de la tonsille linguale dans ses rapports avec l'angine épiglottique et la glossite aiguë)**, par le Dr J. GUROVITSCH, d'Odessa. *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1892, n° 44, p. 1104.

G. étudie dans ce travail l'inflammation aiguë de l'amygdale linguale, et il en donne 13 observations provenant, pour la plupart, de jeunes

cosaques de la garnison d'Odessa. L'auteur montre la similitude clinique et pathologique qui existe entre cette affection et l'esquinancie. Dans les deux cas, l'inflammation débute brusquement, avec accompagnement de fièvre, par le tissu de l'amygdale linguale dont les cavités servent de porte d'entrée aux germes infectieux ; mais, de même que dans l'esquinancie, l'inflammation née dans l'amygdale, se propage habituellement au tissu cellulaire voisin, de même on voit l'amygdalite linguale s'accompagner fréquemment d'une infiltration inflammatoire de la portion voisine de la langue et de l'épiglotte, avec extension possible aux replis aryténo-épiglottiques. En revanche, l'isthme du gosier, ainsi que la cavité laryngée, sont habituellement respectés et, comme les malades localisent généralement mal le siège de leurs douleurs, il en résulte que l'affection peut n'être pas reconnue.

Les signes objectifs locaux consistent en un gonflement, accompagné de rougeurs, de l'amygdale linguale, qui peut se montrer recouverte, par places, d'un exsudat blanchâtre. Les vallécules de la base de la langue se montrent effacées ou converties en deux saillies, par suite de l'œdème sous-jacent. Le gonflement lingual peut n'occuper qu'une moitié de la base de la langue, mais passer rapidement de l'autre côté.

L'extension de l'inflammation à l'épiglotte se traduit par un gonflement de cet opercule qui présente l'aspect d'un phymosis préputial.

Il est remarquable que l'affection aboutit rarement à la suppuration. L'auteur n'a observé cette terminaison que deux fois sur son total de 13 malades. LUC.

**Quelques considérations sur l'incision des abcès rétro-pharyngiens chauds chez l'enfant**, par le Dr BRANTHOMME, d'Ecouen. *Semaine médicale,* 8 mars 1893, p. 101.

L'auteur s'attache dans cet article à combattre l'opinion soutenue récemment dans le même journal (1893, p. 1), opinion d'après laquelle l'incision des abcès en question par la partie latérale du cou serait préférable à l'incision par le pharynx.

Qu'il se soit primitivement développé au-dessus ou au-dessous des limites du pharynx buccal, l'abcès finirait toujours par donner lieu à une tuméfaction accessible à l'œil et au doigt par la bouche et l'on n'éprouverait pas alors de grandes difficultés à en pratiquer l'ouverture au moyen d'un bistouri enveloppé de diachylon jusqu'au niveau de sa pointe et glissé le long de la pulpe de l'index.

Ce procédé est assurément plus à la portée de la grande masse des praticiens qu'une opération menée au milieu des gros vaisseaux du cou.

C'est à tort qu'on lui a reproché d'exposer à la blessure de la carotide repoussée en arrière par la collection purulente. Ce refoulement de l'artère n'a lieu qu'en cas d'adéno-phlegmon de la région latérale profonde du cou.

B. cite d'autre part un cas d'abcès rétro-pharyngien qu'un chirurgien consommé dut ouvrir par le pharynx après avoir vainement tenté d'atteindre le pus par l'incision cutanée.

Le danger de la septicémie par infection secondaire de la plaie pharyngée serait purement théorique. Quant à celui de la suffocation par pénétration du pus dans les voies aériennes, on l'éviterait facilement en inclinant rapidement la tête de l'enfant en avant, aussitôt après que l'incision a été faite et, au besoin, en déprimant avec le doigt la base de la langue, de façon à provoquer des vomissements.

LUC.

**Quelques remarques sur l'emploi de l'anse galvano-caustique dans l'hypertrophie des amygdales**, par le Dr JEAN SENDZIAK, de Varsovie. *Rev. de laryng.*, 1893, p. 130.

S. préfère cette méthode à l'instrument tranchant sous quelle que forme qu'il soit, en raison de l'avantage qu'il donne de ne pas verser une seule goutte de sang. L'anse ne doit pas être trop incandescente, mais le courant doit être fréquemment interrompu. Le fil métallique ne doit pas être en platine, car il se recourbe, mais en acier. Au cours de l'opération, l'auteur se sert d'un crochet double ou simple, au moyen duquel il attire l'amygdale hors de sa loge, ce qui lui permet d'éviter la blessure des piliers et la chute du fragment extirpé.

LUC.

**Papillomatous growths of the palatal arches and uvula. (Excroissances papillomateuses des piliers palatins et de la luette)**, par le Dr CLINTON WAGNER, de New-York. In *N. Y. med. Journ.*, 25 février 1893, p. 220.

D'après l'auteur, il ne serait pas rare de rencontrer des sujets accusant des phénomènes d'irritation de la gorge qui proviennent de la présence de papillomes sur la luette ou à l'union de l'un des piliers avec le voile. Ces néoplasmes s'accolant étroitement à leur surface d'implantation par

le fait de la rétraction qui se produit sur toute l'étendue du palais membraneux, au moment où la bouche est largement ouverte pour l'examen médical, peuvent facilement passer inaperçus. L'auteur conseille de les opérer de la façon suivante : la langue étant maintenue abaissée par le malade, les papillomes seront saisis avec une pince et coupés avec des ciseaux au ras de leur implantation.

LUC.

**Sarcome du voile du palais,** par le Dr M. HAJECK. *Internat. Klin. Rundschau,* 1892, nº 31, d'après l'analyse de l'*American Journal,* etc., mars 1893.

Un homme, de 54 ans, présentait au niveau de la moitié gauche du voile du palais une tuméfaction donnant au toucher une sensation si nette de fluctuation qu'on en pratiqua l'incision, croyant qu'il s'agissait d'une collection purulente. Or il s'écoula du sang mêlé de lambeaux de tissu mortifié et, l'hémorrhagie demeurant profuse, on se décida, au bout d'une demi-heure, à bourrer la plaie de gaze iodoformée et à en suturer les bords au-dessus du tampon. Huit jours après l'ablation des points de suture, des débris spongieux commencèrent à s'éliminer par la bouche et la plaie, au lieu de se fermer, continua de saigner au moindre attouchement. Un mois plus tard se dessina une projection de la mâchoire supérieure du même côté et le globe oculaire se montra refoulé en haut.

Le malade n'ayant pas tardé à succomber, l'examen histologique d'un fragment du néoplasme révéla qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules rondes, très vasculaire.

Solis Cohen, à la fin de l'analyse qu'il donne de ce fait, dans l'*American Journal,* mentionne un cas analogue observé par lui chez un jeune homme. Là aussi la similitude d'aspect de la tumeur avec un abcès péritonsillaire fut telle qu'on en pratiqua l'incision. Il s'écoula du sang, mais en quantité modérée.

Dans les deux cas la lésion siégeait du côté gauche et la mention de phénomènes récents d'angine fébrile dans les antécédents avait largement contribué à faire admettre l'hypothèse d'une collection de pus.

LUC.

## IV. — Oreilles.

**Die Radicaloperation des Cholesteatoms mittelst Anlegung breiter permanenter Oeffnungen gleichzeitig gegen den Gehörgang und gegen die retroauriculare Region. (Opération radicale du cholesteatome par l'installation de larges ouvertures permanentes au niveau du conduit auditif et de la région rétro-auriculaire)**, par le professeur Siebenmann, de Bâle. *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1893, nos 1 et 2.

S. assimile la macération putride qui se produit dans les cavités de l'oreille moyenne, au niveau des masses cholestéatomateuses, à celle qui accompagne l'eczéma, dans la profondeur des replis cutanés. Il pense que, dans l'un et l'autre cas, la soustraction des cellules épidermiques au contact de l'air est la condition pathogénique du phénomène.

Aussi croit-il que le meilleur moyen d'assurer la formation, dans les cavités en question, d'un épiderme corné résistant, et de mettre un terme définitf aux récidives de la suppuration, consiste à réaliser une ventilation continue du foyer, par l'établissement d'une large ouverture mettant constamment l'oreille moyenne et toutes ses anfractuosités en communication avec l'extérieur.

Pour ce faire, l'auteur a modifié l'opération de Stacke de la façon suivante :

Les premiers temps des deux opérations sont les mêmes : longue incisoin jusqu'à l'os, au niveau de l'insertion du pavillon de l'oreille, avec prolongation inférieure jusqu'à la pointe de l'apophyse mastoïde et prolongation de son extrémité supérieure d'arrière en avant, à travers le muscle temporal ; puis, décollement des deux lambeaux périosto-cutanés, au moyen de la rugine et mise au jour du bord postéro-supérieur du conduit auditif osseux. Arrivé là, l'auteur abat avec la gouge la paroi osseuse qui s'étend de la cavité mastoïdienne à la cavité tympanique, se guidant avec une sonde en forme de crochet et convertissant la cavité tympano-mastoïdienne en une gouttière largement ouverte.

Les masses cholestéatomateuses sont facilement extraites ; mais S. s'abstient de gratter ou de cautériser la totalité des parois qui, d'après lui, sont revêtues d'un tissu conjonctif favorable au processus de réparation ultérieure. Il limite donc son curettage aux portions osseuses dénudées, ramollies, et infiltrées de pus.

S. procède alors au temps délicat de la confection du lambeau de la façon suivante : le conduit auditif membraneux qui, pendant la première partie de l'opération a été, comme dans l'opération de Stacke le plus profondément possible détaché de l'os, est incisé de dedans en dehors, suivant sa paroi supérieure, au moyen d'un bistouri boutonné, jusqu'à sa jonction avec le pavillon. A ce moment, le couteau changeant de direction agit de haut en bas jusqu'à la paroi inférieure du conduit. Le bord interne de cette dernière plaie, c'est-à-dire le bord vertical appartenant au conduit membraneux est fixé par des points de suture profonds à l'angle inférieur de la grande plaie initiale rétro-auriculaire ; en sorte que, si nous avons bien compris l'auteur, la portion inférieure de cette plaie se trouve comblée par un pont cutané qui auparavant formait la paroi postérieure du conduit auditif. Le reste de la plaie est laissé ouvert, à l'exception de son prolongement horizontal et supérieur (ou temporal) dont les lèvres sont suturées ; et même, pour assurer la béance de la fistule, l'auteur affronte les deux faces cutanées de la lèvre antérieure de l'incision, appartenant au pavillon, au moyen de points de suture qui doivent passer au-dessus du cartilage sans le transfixer. Si ce cartilage tend à faire hernie, on le résèque.

On pratique ensuite un tamponnement iodoformé qui n'est levé qu'après plusieurs jours.

Au bout de deux ou trois semaines, quand les surfaces osseuses commencent à granuler énergiquement, l'auteur procède à un dernier temps opératoire : celui de la transplantation de lambeaux cutanés, par la méthode de Thiersch. Pour cela, le malade étant endormi avec le bromure d'éthyle, on découpe, de la peau préalablement stérilisée de son bras ou de sa cuisse, au moyen d'un bon rasoir, une lanière épidermique mesurant deux centimètres de large et cinq ou sept de long. Cette lanière est découpée en deux ou trois plus petites que l'on insinue par la brèche rétro-auriculaire, de façon à les étaler par leurs faces profondes sur les surfaces osseuses préalablement avivées et dont on assure le bon maintien en place par l'application de petites boulettes de gaze. On obtient ainsi consécutivement un revêtement uni, brillant et sec des cavités osseuses opérées.

La durée moyenne du travail de réparation varierait entre un mois et un mois et demi.

LUC.

**Zur Frage der Regeneration der Substantia propria in Trommelfell-Narben. (Contribution à l'étude de la régénération de la couche propre dans les cicatrices de la membrane du tympan)**, par le Dr B. GOMPERZ. In *Monatschr. f. Ohrenheilk.*, 1892, n° 4, p. 89.

On sait avec quelle puissance et quelle rapidité la membrane du tympan se régénere lorsqu'elle a été détruite. Cependant, en ce qui touche la couche propre, Gruber, Folitzer, Schwartze, Zaufal, sont unanimes à admettre que, lorsque la membrane a été détruite à la suite d'une otite purulente, cette couche propre ne se régénère pas. L'examen microscopique d'une membrane du tympan régénérée autorise l'auteur à s'inscrire en faux contre cette opinion.

Le temporal que G. a eu entre les mains provenait d'un adulte. La membrane du tympan, ou plutôt la membrane qui la remplaçait dans le cadre tympanique, était épaissie, d'un blanc opaque, et n'offrait plus trace du manche du marteau ni de l'apophyse externe. Du marteau il ne restait plus que la tête, ankylosée avec l'enclume. La muqueuse du promontoire était épaissie et d'un blanc tendineux. Sur des coupes microscopiques, la membrane du tympan de formation nouvelle apparut notablement épaissie. La couche propre existait; mais elle n'était constituée que par des fibres rayonnées beaucoup plus larges qu'à l'état normal; les fibres circulaires faisaient complètement défaut, même vers la périphérie.

La couche propre de la membrane du tympan peut donc se régénérer alors que celle ci a été complètement détruite par une otite moyenne purulente. Se régénère-t elle également lorsque la perte de substance n'occupe que la zone intermédiaire de la membrane? L'auteur a vu souvent ces pertes de substance se réparer sur le vivant, sans laisser de traces, qu'il n'en peut douter.

POTIQUET.

**Note sur quelques points de l'anatomie chirurgicale de la caisse du tympan**, par le Dr HAMON DU FOUGERAY (du Mans). *Annales des maladies de l'oreille, du larynx*, janvier 1893.

Excellent article marquant une orientation nouvelle de l'Otologie, qui tend à devenir plus chirurgicale. L'auteur fixe dans ce travail — qu'il appelle modestement une note — les connaissances indispensables à qui se propose d'opérer sur la caisse du tympan.

Après avoir énuméré les multiples opérations qui ont déjà été prati-

quées sur la caisse, H. du F. étudie successivement au point de vue chirurgical les organes de l'oreille moyenne.

La membrane l'occupe d'abord. Contrairement à Urbantschitch qui la divise en quatre régions, l'auteur ne lui reconnaît, au point de vue opératoire, que deux portions délimitées par une ligne horizontale passant par l'ombilic. La région inférieure ne correspond guère qu'à la fenêtre ronde, la région supérieure cache à nos regards tout ou partie des organes inclus dans la caisse, c'est sur elle que se font la plupart des incisions pour atteindre les organes profonds.

Cette région supérieure est subdivisée en trois autres distinctes : deux inférieures séparées par le manche du marteau, la troisième supérieure formée par la région de la membrane de Schrapnell.

Le tendon du muscle tenseur du tympan, dont on pratique quelquefois la section, s'insère à un demi-millimètre au-dessous de l'apophyse externe et n'est séparé de la membrane que par l'épaisseur du marteau. Il suffit de faire passer l'instrument un peu au-dessus de l'apophyse externe pour être sûr de le sectionner, l'incision peut porter en avant ou en arrière du manche. Pour ne pas risquer de blesser la corde du tympan, H. du F. recommande de maintenir la lame du couteau verticalement et parallèlement au manche du marteau, sans trop cependant se rapprocher de cet osselet pour éviter une hémorrhagie gênante.

Quoique la section de la corde du tympan n'entraîne souvent que des troubles momentanés de la gustation, on ne saurait admettre que ce soit une quantité négligeable. Aussi H. du F. décrit-il avec soin la situation de ce filet nerveux. La corde du tympan entre dans la caisse par sa paroi postérieure et s'accole aussitôt à la membrane : ce point correspond ordinairement à une ligne horizontale passant à un millimètre au-dessus de l'ombilic. Elle va se placer contre le col du marteau ; elle est alors située immédiatement au-dessus de l'apophyse externe et est séparée de la membrane par l'épaisseur même du col du marteau. Elle est au-dessus de l'insertion du tendon du muscle tenseur du tympan, dont elle n'est séparée que par une distance d'un millimètre. De ce point elle continue son trajet oblique et ascensionnel pour sortir de la caisse par un orifice distinct percé entre la scissure de Glaser et la trompe.

H. du F. passe ensuite à l'étude des osselets. Le marteau est divisé par le sommet de l'apophyse externe en deux portions d'égale longueur, d'un demi-centimètre chacune. En projection, la partie supérieure, c'est-à-dire celle qui va du sommet de l'apophyse externe à la partie la plus élevée de la tête n'est que de 4 millim., et ce raccourcissement

d'un millimètre tient à son inclinaison. Ces remarques ne sont pas sans importance quand on veut aller ouvrir l'articulation du marteau et de l'enclume, ou aller sectionner le ligament supérieur qui relie la tête du marteau au toit du tympan. Il faut que l'instrument, quel qu'il soit, ne puisse être enfoncé que de la longueur voulue, soit cinq millimètres au maximum au-dessus de l'apophyse externe, sous peine de perforer la cavité crânienne.

On sait que l'étrier s'articule par sa tête avec la longue apophyse de l'enclume. Il en résulte que, lorsqu'on voudra atteindre l'étrier avec un instrument quelconque, il sera nécessaire de reconnaître d'abord cette longue apophyse. Il faut savoir que l'espace qui sépare le manche du marteau de la longue apophyse de l'enclume est de 2 à 3 millim. C'est donc à 2 millim. du manche, en arrière et verticalement, qu'il faudra inciser la membrane, afin de faire passer l'instrument entre les deux osselets. Quant à la hauteur du point d'articulation de l'étrier avec l'enclume, il faut noter qu'il existe normalement de nombreuses variétés individuelles.

On sait que la ténotomie du tendon du muscle de l'étrier a été pratiquée par Kessel et Urbantschitch. Le petit muscle, innervé par le facial (Politzer), est logé dans l'éminence pyramidale; il présente une longueur de 6 à 7 millimètres et va s'insérer à la tête de l'étrier près de sa branche postérieure. C'est donc en arrière de l'étrier qu'il faudra aller le couper. Cette section devra être faite de haut en bas, en ayant soin de ne pas léser la corde du tympan.

Enfin pour atteindre la fenêtre ronde, située à 3 millim. au-dessous de la fenêtre ovale, l'instrument devra être poussé de dehors en dedans et légèrement obliquement en avant.

H. du F. termine sa substantielle note en indiquant les variations dans l'anatomie topographique, apportées par les changements de position de la tête, suivant que le malade est assis ou couché.

MENDEL.

**Opération de l'extraction de l'étrier**, par le Dr CLARENCE J. BLAKE (de Boston). *Annales des maladies de l'oreille et du du larynx*, janvier 1893.

L'extraction du tympan, du marteau et de l'enclume, proposée par Kessel, produit des délabrements dangereux pour l'oreille moyenne, et

n'est pas scientifique, en ce sens qu'elle laisse de côté cette portion de la chaîne des osselets, l'étrier, qui a été justement dénommé la clef du labyrinthe. Pour l'auteur, les succès obtenus par cette opération ne sont dus qu'à la mobilisation accidentelle de l'étrier pendant l'ablation des deux grands osselets. Il faut noter de plus que la crainte de provoquer des troubles de l'équilibre, par modification de la pression intra-labyrinthique, a été bien des fois reconnue vaine.

L'opération de l'extraction de l'étrier (*stapédectomie*) ou de l'enclume et de l'étrier (*incudo-stapédectomie*) est fort simple : les instruments nécessaires sont ceux qu'on trouve dans toute clinique otologique ordinaire : une aiguille à paracentèse, un couteau angulaire pour diviser l'articulation de l'enclume et de l'étrier, un petit crochet mousse de préférence et une paire de petites pinces recourbées. Précautions antiseptiques rigoureuses. Éthérisation du malade, de préférence dans la position assise. On pratique l'incision de la membrane du tympan avec une aiguille à paracentèse, en partant d'un point situé au bord postérieur de la membrane ; on dirige l'incision en haut et en avant, en suivant de très près la périphérie du cadre, jusqu'à ce qu'on ait atteint le point d'insertion du ligament postérieur de l'apophyse externe du marteau ; on dirige ensuite l'aiguille le long du bord de ce ligament et jusqu'à une petite distance du manche du marteau ; le lambeau ainsi formé retombe en dehors par son propre poids et permet de voir clairement dans la grande majorité des cas, l'articulation incudo-stapédienne.

On arrête l'hémorrhagie du bord supérieur de l'incision en tamponnant avec une solution de cocaïne. Le second temps de l'opération, la division de l'articulation incudo-stapédienne et du tendon du muscle de l'étrier, est pratiquée avec un couteau angulaire ou l'aiguille à paracentèse.

Le dernier temps de l'opération, l'extraction de l'étrier, doit être précédé de la division de toutes les adhérences existant entre l'étrier et les parois de sa niche, et d'une mobilisation modérée de cet osselet. L'extraction de l'osselet se pratique au moyen du crochet mousse qu'on insinue sous la tête de l'étrier. La traction doit être douce.

L'auteur fait remarquer que bien souvent l'osselet se brise, et que souvent aussi l'étrier séparé de la fenêtre ovale peut être entraîné hors de la vue par quelques fibres du tendon du stapédius non sectionnées ou par un repli muqueux. Mais même dans ces conditions, on aura atteint le but de l'opération qui est de séparer l'étrier de la fenêtre ovale.

Après l'opération, soins antiseptiques minutieux.

Il faut noter enfin que le vertige peut toujours être amené par cette opération, et si même le vertige est de courte durée, il peut toujours devenir sérieux ultérieurement.

On regrette que cet excellent travail ne soit pas suivi de quelques observations destinées à donner une forme plus concrète à la description de cette audacieuse opération.

MENDEL

**Ein neues Modell eines osteo-tympanalen Hörmessers. (Nouvel instrument pour mesurer l'audition ostéo-tympanale)**, par G. GRADENIGO, de Turin. In *Zeitschrift für Ohrenheilkunde*, XXIII.

Cet instrument est basé sur les principes suivants :

Quand on fait passer un courant électrique interrompu à travers une bobine, on obtient un son, dont la hauteur correspond au nombre des interruptions du courant et dont l'intensité est en rapport direct avec le nombre de tours du fil sur la bobine. Si, de plus, on place un cylindre de fer dans l'intérieur de la bobine, le son devient d'autant plus intense que le cylindre sort davantage de la bobine.

Enfin, si la bobine est revêtue de laiton, et si on adapte l'instrument entier aux os du crâne, au moyen d'une armature métallique, le son qui ne peut dans ces conditions se propager par l'air, prend la voie ostéo-tympanale.

L'instrument de Gradenigo se compose de trois séries de fils, de diamètre égal, isolés, et d'un cylindre de fer, dont la graduation de 0 à 100° répond au degré d'introduction dans la bobine ; au 0°, correspond l'introduction complète, au 100° la sortie totale. On obtient avec cet instrument la graduation la plus délicate dans l'intensité du son.

Les principaux résultats auxquels on arrive par l'emploi de cet appareil sont les suivants :

I. — La transmission du son par les os du crâne s'affaiblit progressivement avec l'âge.

II. — L'application de l'instrument sur le vertex donne une meilleure perception du côté de l'oreille saine ou moins malade ; le phénomène inverse obtenu avec un diapason de la même tonalité doit donc être attribué à un phénomène de résonance dans l'oreille malade et non à une meilleure conductibilité ostéo-tympanique de ce côté.

III. — La conductibilité ostéo-tympanale pour le son est diminuée dans toutes les affections de la caisse.

IV. — On peut juger de la conductibilité des os de la tête, en comparant le minimum de son perçu par le sommet du crâne et par l'apophyse mastoïde.

MENDEL

**Abcès intra-cérébral consécutif à une suppuration de l'oreille. Trépanation, ponction et incision de l'abcès. Guérison**, par le Dr TERRILLON. In *Bulletin méd.*, 15 janvier 1893.

Le Dr Terrillon a communiqué à la Société de chirurgie l'observation d'un malade âge de 46 ans, atteint depuis dix ans d'une suppuration de l'oreille consécutivé à une violente attaque de grippe. En décembre 1890, le malade fut pris de douleurs dans la région temporale, s'accompagnant quelquefois de tendance à la syncope. Pendant un mois ces douleurs augmentèrent progressivement, toujours localisées au côté droit. A la suite d'une crise plus forte, le malade fut pris de fièvre intense et tomba dans le coma. Une couronne de trépan fut alors appliquée à trois centimètres au-dessus et en avant du conduit auditif externe. Après incision de la dure-mère, une ponction à cinq centimètres de profondeur ne donna pas de résultat ; ce n'est qu'en introduisant de nouveau la même aiguille et en la dirigeant en arrière que l'on retira par aspiration trente grammes de pus jaune, verdâtre et filant. On applique alors une seconde couronne de trépan en arrière de la précédente, le pont osseux est réséqué, l'abcès largement incisé, et traité comme d'ordinaire. Le coma a persisté trois jours. Le 25e jour la plaie était cicatrisée, mais la convalescence a duré près de trois mois.

La suppuration de l'oreille persiste encore actuellement.

GOULY.

**A case of otitis media developing grave symptoms of brain pressure and ending in recovery without operation. (Un cas d'otite moyenne ayant donné lieu à des symptômes graves de compression cérébrale se terminant par la guérison sans opération)**, par le Dr H. ELLIOT BATES. In *N. Y. Med. Journ.*, 14 janvier 1893.

Un garçon de 14 ans, vigoureux, actif, d'nne bonne santé habituelle, était atteint depuis longtemps de suppuration de l'oreille gauche. A plusieurs reprises différentes, cet écoulement avait cessé, et l'on remarquait alors un changement notable dans le caractère de l'enfant qui devenait maussade, irritable ; un jour, à la suite d'une observation que lui faisait

son professeur, il est pris d'un accès de folie furieuse et tombe aussitôt après dans le coma. Il revient lentement à lui, mais reste paralysé de tout le côté droit : les parents ayant refusé toute intervention opératoire, le malade est soumis à une médication palliative, lorsque, quelques jours après, la suppuration de l'oreille reparaît abondante, profuse; en même temps la paralysie disparaît, et le malade revient lentement à la guérison définitive.

GOULY.

---

# BIBLIOGRAPHIE

**Névropathies laryngées**, par le Dr H. LUC. Bibliothèque médicale, Charcot, Debove.

Les historiens futurs de l'évolution de la médecine contemporaine pourront, il me semble, être frappés de la succession de deux tendances opposées, tour-à-tour également favorables au progrès de l'art et de la science. La première a consisté en un essor extraordinaire de la spécialisation ; l'ophtalmologie, la chirurgie des voies urinaires, la laryngologie et l'otologie, ont successivement constitué des branches distinctes de la pratique médicale, enfin la rhinologie les a suivies et rejointes.

Les progrès pratiques dus à un outillage de jour en jour plus perfectionné ont été vraiment admirables ; les progrès scientifiques, à considérer le lien de chacune de ces spécialités avec la médecine générale, n'ont peut être pas marché tout d'abord du même pas, pour diverses raisons que je ne saurais entreprendre de déduire ici, mais dont une est sans doute la scission qui, pendant un certain temps, a paru se faire de plus en plus profonde entre les médecins spécialistes et les médecins adonnés à la pratique générale.

Il y a peu d'années, les choses en étaient encore là, et je ne crois pas exagérer en disant que nous ne nous intéressions guère plus aux travaux spéciaux de laryngologie et de rhinologie que les rhinologues et les laryngologues ne s'inquiétaient de nous, en dehors des services pratiques et réciproques que nous pouvions nous rendre. On peut même dire que nous en avons d'abord plus rendu aux spécialistes que nous n'en recevions.

Mais, depuis une dizaine d'années, les choses ont changé et c'est nous

qui sommes grandement redevables à nos obligés d'autrefois, à ceux du moins parmi eux qui, ayant fait de fortes études de médecine générale, ont attendu pour se spécialiser la maturité de l'esprit d'observation. Ceux-ci, sachant ce que nous savions et ce que nous ignorions, ont beaucoup mieux saisi que leurs devanciers les points de contact entre leur spécialité et notre observation clinique et à chaque instant ils nous apportent des decouvertes importantes surtout à propos de l'étiologie et de la pathogénie, et par suite au point de vue de la thérapeutique. Citerai-je des exemples? ils abondent : l'hypertrophie du tissu amygdalien, les réflexes d'origine nasale, les hyperesthésies et paresthésies laryngées, les paralysies, les spasmes et les dyskinésies du larynx dans leurs rapports avec les maladies des voies respiratoires inférieures, des maladies du tube digestif et des maladies du système nerveux.

De ce rapprochement plus complet du spécialiste et du médecin, que je déclare de tous points excellent pour le malade et pour nous, je note deux symptômes dans la bibliographie récente de notre pays, je veux dire l'admission (à part entière, pour parler comme à la Comédie française), dans un Traité de médecine, d'un médecin spécialisé comme Ruault et l'apparition dans la *Bibliothèque médicale*, publiée sous la direction de MM. Charcot et Debove, du remarquable volume de Luc sur les névropathies laryngées.

Par névropathies laryngées, Luc entend « toute manifestation laryngée morbide dépendant d'un état pathologique du système nerveux (centres ou nerfs), que cet état soit ou non causé par des lésions appréciables à nos moyens d'investigation ».

C'est en un mot toute la partie de la laryngologie qui intéresse le médecin.

L'auteur a bien le droit de dire sans rien exagérer que l'importance d'un pareil sujet n'est rien moins que limitée à la laryngologie, qu'il touche aux points les plus nouveaux de l'anatomie physiologie et de la pathologie nerveuse et qu'il est propre à mettre en lumière les éclatants services rendus à la clinique par le miroir laryngé dans le diagnostic des affections bulbo-spinales, services qui peuvent être comparés à ceux de l'ophtalmoscope dans le diagnostic des maladies intra-crâniennes ». Dans sa description et sa classification des paralysies laryngées, Luc s'est inspiré, nous dit-il, de la méthode de la Salpêtrière et la dédicace du livre à Babinski, signifie plus qu'une affirmation publique de leur amitié réciproque.

Pour moi, je ne puis même essayer d'analyser au sens rigoureux du

mot ce livre, d'abord parce qu'on ne peut analyser un traité de pathologie, à moins d'en faire un abrégé, ensuite parce que les lecteurs de ce journal estimeraient que je n'ai point de compétence. Je dirai seulement ceci au médecin non spécialiste sous les yeux duquel il passe d'aventure : tous les médecins auront à lire les névropathies laryngées et partageront sans doute le profit et le plaisir que je viens d'y trouver, car les qualités que Luc déploie dans la rédaction de son journal se retrouvent avec plus d'ampleur dans son livre : qualités scientifiques, l'érudition, le sens clinique; qualités d'écrivain, la clarté et le sens critique.

P. Le Gendre.

**Zur tuberculose der hinteren Larynxwand. (De la tuberculose de la paroi postérieure du larynx).** Thèse inaugurale soutenue à l'Université Albert-Louis de Fribourg-en-Brisgau, par le Dr Rudolf Keller.

L'importance du diagnostic précoce de la tuberculose du larynx, au point de vue de l'organe vocal et de l'état général, a suggéré au professeur Killian une méthode de laryngoscopie qui permet d'examiner complètement la paroi postérieure du larynx, et la paroi postérieure de la trachée.

M. le Dr Keller, élève de Killian, consacre sa thèse inaugurale à la discussion de 100 observations prises d'après le procédé de son maître. Ce procédé consiste à examiner le larynx du patient en invitant ce dernier à fléchir fortement le cou en avant. Le médecin plie le genou et le malade se tient debout. On peut découvrir ainsi la paroi postérieure du larynx depuis l'incisure interaryténoïdienne jusqu'au bord inférieur du cricoïde.

Dans quelques-uns des cas examinés par le Dr Keller, alors que les procédés ordinaires de laryngoscopie ne permettaient de voir aucune lésion bien nette, le procédé de Killian montra des lésions tuberculeuses bien définies de la paroi laryngée postérieure.

En dehors des intéressantes observations présentées par l'auteur, on trouve dans cette thèse le diagnostic différentiel des principales lésions qu'on peut observer au niveau de la paroi postérieure du larynx.

C'est ainsi que le Dr Keller décrit la laryngite chronique, les infiltrations syphilitiques, le lupus et la lèpre. Il établit de même les différences qu'on trouve entre les diverses ulcérations laryngées.

Enfin, le microscope donnera bien souvent le diagnostic de la lésion, en démontrant dans les coupes la présence du bacille tuberculeux.

L'auteur passe ensuite à la discussion de la pathogénie de cette maladie. Il cite la théorie de l'inoculation par les crachats, celle de l'infection par les voies sanguines et lymphatiques, enfin l'hypothèse d'Orth qu voit dans les cordes vocales et dans la paroi postérieure du larynx des régions plus exposées à l'infection, en ce qu'elles prennent la part la plus active dans la phonation et dans les divers mouvements de l'organe vocal.

Comme traitement, l'auteur recommande les pansements à l'acide lactique (50 0/0) et le curettage du larynx soit avec la curette de Heryng, soit avec la double curette de Krause. Le galvanocaustique peut rendre également des sevices. Enfin, les insufflations d'iodol et de dermatol (ce dernier plus spécialement contre les ulcérations), donnent de bons résultats.

Les essais du traitement de Koch contre la tuberculose ont donné des résultats peu encourageants. MENDEL.

**La laryngotomie chez l'adulte**, par CH. HÉLIE. Thèse, 1891.

« Chez l'adulte, quand on est libre de choisir entre l'ouverture du larynx et celle de la trachée, la première est préférable de tous points, la seconde est une imprudence. » C'est par ces paroles que le Dr Richelot terminait sa communication à la Société de chirurgie en 1886, et c'est cette opinion que l'auteur a voulu justifier dans son travail.

Après un historique très complet, Hélie étudie l'anatomie de la région.

L'espace qui doit être perforé est la dépression qui existe entre le cartilage thyroïde et le cartilage cricoïde; on lui a reproché d'être insuffisant pour recevoir une canule, mais, jusqu'aux recherches de Krishaber, et surtout jusqu'aux mensurations de Delaunay (Th. 1882) et de Castagné (Th. 1883) on n'avait sur les dimensions de cet espace que des notions fausses. On sait maintenant qu'il varie entre 9 et 11 millimètres, et cela est plus que suffisant pour toujours permettre l'introduction de la canule à bec de Krishaber, la seule du reste que l'on doive employer dans cette opération. Le manuel opératoire est très simple, les suites de l'opération sont en général bénignes, malgré la dysphagie quelquefois assez intense qui se produit consécutivement, mais qui disparaît rapidement. Il n'y a pas d'irritation des cordes vocales, et, la canule enlevée, la cicatrisation se fait très vite.

Aussi, dans la grande majorité des cas, doit-on faire la laryngotomie de préférence à la trachéotomie. Ce n'est que dans certains cas rares de cancer ou de tuberculose où la région sous-glottique est envahie par des bourgeonnements néoplasiques ou tuberculeux et où les cartilages sont enflammés et suppurent déjà, qu'il est préférable de recourir à la trachéotomie.

GOULY.

**Anatomie der Mundhöhle mit besonderer Berücksichtigung der Zähne (Anatomie de la cavité buccale, au point de vue particulier des dents)**, avec 84 dessins sur bois, par le professeur ZUCKERKANDL. Vienne 1891, A. Hölder.

Ce travail, aussi consciencieux que les autres ouvrages du même auteur, emprunte une valeur particulière aux nombreuses planches qui s'y trouvent. Le meilleur éloge qu'on en puisse faire, c'est de dire qu'il est aussi exact que complet. Z. a étudié avec soin les diversités de forme de dents et les causes qui déterminent ces variations.

L'étude du sinus maxillaire y prend une place très importante à signaler; on y trouve un chapitre très intéressant sur les difformités artificielles des dents chez les divers peuples sauvages, caractéristiques pour chaque race.

GARNAULT.

**Guide de thérapeutique générale et spéciale** (1), publié par le Dr AUVARD, avec la collaboration des Drs BROCQ, CHAPUT, DELPEUCH, DESNOS, LUBET-BARBON, TROUSSEAU.

Les praticiens trouveront dans ce manuel, sous une forme concise et bien ordonnée, d'excellentes instructions pratiques pour le traitement des affections médicales et chirurgicales.

Il ne nous convient de parler ici que de ce qui a trait à la pathologie des oreilles, du nez, du pharynx et du larynx. Le nom du Dr Lubet-Barbon, à qui est échue la tâche de traiter cette partie spéciale de la thérapeutique, garantit suffisamment la façon dont elle a été remplie.

Tous ceux de nos collègues qui ont, comme nous, visité la clinique dirigée par notre distingué collègue et ami, avec le Dr Alfred Martin, et qui ont pu admirer la méthode et le bon ordre qui y règnent, ainsi que

(1) DOIN, éditeur, Paris, 1893.

le soin avec lequel les procédés thérapeutiques les plus récents, les plus perfectionnés, y sont sans retard appliqués, ne pourront que féliciter le Dr Auvard d'avoir eu l'heureuse inspiration de choisir le Dr Lubet-Barbon pour compléter la liste de ses éminents collaborateurs.

LUC.

---

# OUVRAGES REÇUS

1° *Contribution à l'étude de l'hydrorrhée nasale*, par le Dr LICHTWITZ, de Bordeaux.

2° *Sur les fonctions tubo-tympaniques*, par M. PIERRE BONNIER, de Paris.

3° *Syndrome de Ménière, agoraphobie*, par le même.

4° *Skioptikon-Demonstrationen von Präparaten des Ohres, der Stirnhöhle, der Highmorshöhle und der Nasenscheidewand*, par le Dr HARTMANN, de Berlin.

5° *Sur un nouveau procédé opératoire applicable à l'ouverture des abcès péri-amygdaliens*, par le Dr A. RUAULT.

6° *Die Radicaloperation des Cholesteatoms mittelst Anlegung breiter permanenter Œffnungen gleichzeitig gegen den Gehörgang und gegen die retroauriculare Region*, par le Dr SIEBENMANN, de Bâle.

7° *Glottiskrampf*, par le Dr M. BRESGEN, de Francfort-sur-Mein.

8° *Eversion aiguë du ventricule de Morgagni*, par le Dr R. BEAUSOLEIL.

9° *La céphalalgie dans les affections du nez et du pharynx*, par le Dr M. BRESGEN, de Francfort-sur-Mein.

10° *Some experiments with modified tuberculin*, par le Dr J. EICHBERG, de Cincinnati.

11° *Ein neuer Coaïnzerstäuber für Nase, Rachen und Kehlkopf* par le Dr G. Killian de Freiburg i. Br.

12° *Die Demonstration laryngoskopischer Bilder vermittelst der directen Projection*, par le même.

---

*Le Gérant :* G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ARCHIVES INTERNATIONALES
DE
LARYNGOLOGIE, DE RHINOLOGIE
ET
D'OTOLOGIE

# TRAVAUX ORIGINAUX

## DU TRAUMATISME DANS L'ÉTIOLOGIE DES AFFECTIONS DE L'APPAREIL AUDITIF

Par le Dr **J. Chauvel**,
Médecin principal de 1re classe de l'armée, membre de l'Académie de médecine.

Sur un total de 1470 observations recueillies dans mon service d'otologie de l'hôpital du Val-de-Grâce, j'ai relevé 108 fois le traumatisme comme cause productrice de maladies de l'appareil auditif. Frappé par la fréquence de cette étiologie, j'ai cherché à me rendre compte du mode d'action des violences extérieures dans le développement des otites, des rapports possibles entre les diverses variétés d'affections auriculaires et l'espèce du traumatisme qui les a déterminées.

Les violences extérieures agissent sur les organes de l'audition soit, *indirectement*, par l'intermédiaire de l'air atmosphérique auquel elles impriment des oscillations assez fortes pour être *vulnérantes ;* soit, *directement*, par l'ébranlement des parties molles et des os du crâne se propageant jusqu'à l'appareil auditif.

Dans la première classe rentrent : le tir du canon, du fusil. les explosions ; dans la seconde, les coups et chutes sur la

tête ou sur toute autre partie du corps. Le tableau suivant donne les chiffres que nous avons constatés :

A. — *Traumatismes indirects* (34 ou 32,3 0/0) :

| | | |
|---|---|---|
| Tir du canon..... | 13..... | 12 0/0 |
| Tir du fusil..... | 13..... | 12 0/0 |
| Explosion..... | 1..... | 0,9 0/0 |
| Coup de sifflet..... | 1..... | 0,9 0/0 |
| Jet de lance, douche... | 3..... | 2,8 0/0 |
| Plongeon dans l'eau... | 3..... | 2,8 0/0 |

B. — *Traumatismes directs* (71 ou 77,7 0/0) :

| | | |
|---|---|---|
| Coups sur la tête..... | 25..... .... | 23,8 0/0 |
| Chutes sur la tête et fractures du crâne... | 24..... ... | 22,8 0/0 |
| Chutes..... | 22..... | 20,9 0/0 |

Dans 3 cas, la nature de la violence n'est pas exactement donnée, et, parmi les traumatismes énumérés; il en est certainement aussi dont le mode d'action n'est pas toujours le même. Un soufflet appliqué sur le pavillon de l'oreille peut amener une rupture du tympan en comprimant et chassant brusquement en dedans l'air du conduit auditif; un jet de lance frappant l'oreille peut ébranler directement les os du crâne. Mais dans l'impossibilité de subdiviser indéfiniment les faits et parfois d'apprécier rigoureusement le mécanisme de la violence, nous avons adopté la classification la plus rationnelle. On voit que les traumatismes directs sont bien plus fréquents que les violences agissant par l'intermédiaire du milieu aérien.

Nos observés avaient comme âge : 3 moins de 20 ans, 86 de 20 à 30 ans et 19 au-dessus de 30 ans ; le milieu d'examen explique ces proportions. Mais chez ces sujets, l'accident datait parfois de très loin. Dix l'avaient éprouvé avant la dixième année, 29 de 10 à 20 ans, 54 de 20 à 30, enfin 10 après la trentième année.

Comme affections auditives nous relevons : L'otite suppu-

rée, l'otite sèche, etc., dans les proportions indiquées par le tableau suivant :

*Nature des affections de l'oreille chez 107 sujets :*

| | SUJETS | CAS |
|---|---|---|
| 1° Hématome du pavillon | 1 | 1 |
| 2° Rupture ou perforation du tympan. | 3 | 4 |
| 3° Otite moyenne suppurée | 46 | 74 |
| 4° Otite moyenne sèche, scléreuse | 31 | 52 |
| 5° Surdité | 15 | 37 |
| 6° Otite interne (labyrinthique ?) | 5 | |
| 7° Bruits subjectifs | 5 | 7 |
| 8° Commotion | 1 | 1 |

Examinons tout d'abord les effets de chaque genre de traumatisme.

### A. — Traumatismes indirects

I. — *Tir du canon.* — La détonation des pièces d'artillerie donne lieu à un ébranlement de l'air susceptible, chez les artilleurs, d'occasionner des déchirures du tympan. Chez 5 sujets, nous relevons un écoulement sanguin par l'oreille, 3 fois d'un seul côté, 2 fois par les deux conduits ; preuve de la rupture de la membrane tympanique. Chez 4 de ces militaires la suppuration succède à la blessure, double aussi chez deux d'entre eux, et 3 fois nous avons pu constater de larges perforations.

Quand les hommes sont exposés pendant un long temps à l'action de détonations successives insuffisantes pour amener la déchirure du tympan, mais capable de l'ébranler fortement, on voit apparaître des bruits subjectifs, de la dysécie, souvent de l'otite scléreuse. Nous avons rencontré 4 fois cette dernière et les deux organes étaient dans trois cas intéressés simultanément. Chez 3 sujets il y avait de la surdité monolatérale, chez un des sifflements continus sans lésion appréciable.

Obs. — L. M..., 24 ans, artilleur de marine ; 24 juin 1889. Bonne acuité auditive avant l'entrée au service. Exercices de tir à Toulon comme pointeur en juillet 1887 ; après 7 coups de 80 de montagne, est étourdi et éprouve des sifflements dans les oreilles. 3 jours après, douleurs, suintement ; 45 jours d'hôpital, sort avec dysécie prononcée à droite. Envoyé à Sevran-Livry en septembre 1888, souffre peu du tir des grosses pièces, mais placé près d'un canon-revolver qui tire 120 coups en 4 minutes, il éprouve le 22 juin une sensation de coup de fouet, de déchirure suivie de surdité complète avec bruit de ferraille. Le 24 juin nous constatons comme acuité :

*Montre*, à droite 1/20, à gauche 1/10.

*Voix*, à droite 1/20, à gauche 1/10.

Les deux tympans sont légèrement altérés, le droit atteint de sclérose plus avancée. L. M..., sort de l'hôpital le 10 août avec amélioration légère à gauche.

Obs. — Th..., garde républicain, 24 ans, entre le 7 octobre 1883. En 1881, étant au 30e d'artillerie et se trouvant au-devant d'une pièce au moment de la détonation, il est jeté par terre. Pas d'écoulement de sang, surdité complète, bourdonnements. Il sort de l'infirmerie entendant à peine du côté droit. Peu à peu l'oreille gauche s'est prise. La surdité s'est accrue. En octobre 1883, il n'entend plus la montre, même au contact, et la voix forte même n'est plus perçue qu'à gauche et seulement jusqu'à un mètre de distance. Il existe une sclérose nette et prononcée des deux tympans.

Obs. — M..., 25 ans, marin. A la suite de tir au canon en 1877, douleur de l'oreille droite, bourdonnements, écoulement de sang puis de pus. En 1883, la suppuration persiste, verdâtre, fétide ; le tympan est largement perforé, la caisse remplie de fongosités.

II. — *Tir du fusil.* — La détonation est ici bien moins violente que dans le tir du canon et doit *se faire très près du sujet;* l'hémorrhagie par l'oreille n'est notée qu'une seule fois. En revanche, sur 13 cas nous relevons 10 suppurations, dont 8 monolatérales et 2 seulement bilatérales, avec 7 perforations tympaniques. Ajoutons-y 3 otites scléreuses dont une double, et une surdité sans lésions. Certes la fréquence de la suppuration n'est pas sans étonner, dans des accidents où l'on ne voit pas bien la porte d'entrée des germes infec-

tieux. Il faut admettre, ou que la déchirure des parois de la caisse est assez minime pour ne pas donner lieu à un écoulement sanguin perceptible, ou que l'ébranlement place la muqueuse tympanique dans des conditions spécialement favorables à l'infection.

L'acuité auditive pour la montre était de 1/2 une fois, de 1/4 deux fois, de 1/10 deux et 1/20 trois fois, enfin 5 fois inférieure à 1/20 et 4 absolument nulle. Mesurée par la voix elle s'est montrée 3 fois de 1/4, cinq fois de 1/10, 2 fois de 1/20, trois fois inférieure à 1/20 et une fois nulle.

L'affection remontait à 2 mois chez un sujet, à 6, à 8 mois, à un an, 18 mois, 2 ans, 4 ans et jusqu'à 8 ans. Aussi le traitement n'a-t-il donné d'amélioration que dans un seul cas, bien qu'il ait été poursuivi jusque pendant 6 mois, chez un certain nombre. La réforme ou la retraite ont été accordées à quatre des blessés.

Obs. — R... Ex caporal au 2e zouaves, 21 mars 1885. Titulaire d'une gratification renouvelable il sollicite une pension de retraite, son infirmité étant devenue incurable. Le 10 mars 1881 à la suite d'un coup de fusil tiré très près de sa tête, hémorrhagie par l'oreille droite, suppuration, surdité devenue complète au bout de 3 mois. L'écoulement persiste avec des intermittences et l'audition depuis 2 ans 1/2 s'est progressivement affaiblie du côté gauche. Actuellement la surdité est complète à droite et l'acuité ne dépasse pas 1/20 à gauche.

De ce côté on ne constate que des lésions atrophiques avec sclérose. A droite une énorme perforation avec disparition des osselets laisse voir la paroi interne de la caisse tympanique.

III. — *Jet de lance. Plongeon.* — Chez trois pompiers ayant reçu un jet de lance sur le côté de la tête, nous relevons deux otites suppurées dont une double et une perforation tympanique. Un sujet ne présente que des bourdonnements.

Dans trois cas de plongeon dans l'eau d'une assez grande hauteur il y avait trois otites suppurées s'accompagnant d'une perforation du tympan. Suppuration et ouverture étaient bilatérales chez un des blessés.

Bien que l'affection fût très récente chez quatre de ces sujets, datant de 10 à 30 jours, le traitement ne donne que deux fois une amélioration réelle. Il est vrai que l'acuité auditive n'était nulle pour la montre que dans un cas, et que pour la voix, elle ne se montre pas inférieure à 1/20e.

IV. — *Sifflet. Explosion.* — A la suite d'un violent coup de sifflet, un ouvrier d'administration fut atteint d'une otite suppurée double avec perforation du côté droit, surdité prononcée.

Le capitaine P..., projeté par une violente explosion présentait, en même temps qu'une série de troubles cérébraux et médullaires dus probablement à la commotion, une déchirure des deux tympans avec dysécie; la montre n'était plus entendue, même au contact, et la voix ordinaire de très près seulement. L'accident datait de 9 jours, nous ignorons ce qui s'en est suivi.

En résumé l'otite suppurée est de beaucoup l'affection la plus commune à la suite des traumatismes indirects de l'appareil auditif. On le comprend aisément, les vibrations de l'atmosphère n'impressionnant d'une façon puissante que la membrane tympanique et y déterminant des solutions de continuité qui, si faibles soient-elles, suffisent pour donner accès aux microbes qui pullulent aussi bien dans la caisse que dans le conduit auditif externe.

### B. — Traumatismes directs

I. — *Coups sur la tête.* — Nous avons fait remarquer déjà que les coups pouvaient agir sur l'appareil auditif, tantôt d'une façon directe s'ils atteignent la boîte osseuse du crâne, tantôt d'une façon à la fois directe et indirecte comme dans un soufflet appliqué sur l'oreille, l'air étant violemment refoulé vers le tympan en même temps que le pavillon transmet au temporal le choc qu'il a reçu. Il ne nous a pas paru possible d'opérer cette division de nos observations, les

malades ne fournissant d'habitude que des renseignements trop peu précis.

Il en est de même en ce qui concerne l'effet du choc sur l'intégrité des os crâniens. Si dans quelques cas on est en droit de soupçonner, même d'admettre, l'existence d'une fracture du rocher, les commémoratifs n'autorisent pas, en général, une interprétation aussi catégorique.

Dans 25 coups portés sur la tête, nous avons noté 6 fois un écoulement de sang par le conduit auditif, 11 fois de l'otite suppurée s'accompagnant de perforation dans 4 cas.

Remarquons que l'hémorrhagie tout comme la suppuration n'était bilatérale que chez un des patients.

A l'opposé, l'otite sèche ou scléreuse (7 cas) a toujours atteint les deux organes, et la surdité sans lésions appréciables n'est restée unilatérale que 2 fois sur 6. Notons enfin l'otite interne, affection de diagnostic toujours discutable, simple chez deux sujets et double chez le troisième.

La détermination de l'acuité par la montre a donné : 1/2 deux fois, 1/4 six fois, 1/10 quatre fois, dans 7 cas moins de 1/20$^{e}$, et dans 17 cas zéro. Avec la voix, le taux est un peu plus élevée : 1 deux fois, 1/4 cinq fois, 1/10 quatre fois, 1/20 quatre fois, enfin, dans 8 cas moins de 1/20, et zéro seulement 6 fois.

Obs. — A..., gendarme, tombe de cheval le 8 mai 1883, et reçoit de sa monture un coup de pied dans la région occipitale droite supérieure. Perte de connaissance durant 24 heures ; issue par l'oreille gauche de sang puis d'humeur pendant un temps mal déterminé. L'intelligence reste voilée pendant près d'un mois. Céphalées, vertiges, titubation, pas de paralysies localisées. Attaques durant de 3 à 4 heures, sans convulsions (?), n'a pas mémoire de ce qui s'y passe, mais les sent venir et peut s'asseoir, alors qu'il y a quelques mois il tombait à terre. Sifflement continu, égal, dans l'oreille gauche, persiste depuis l'accident. L'audition est normale, il n'y a pas traces de lésions de l'organe auditif. Sangsues, purgatifs, révulsifs, douches, bromure de potassium, n'ont depuis 6 mois amené qu'une légère amélioration.

Obs. — H..., 26 ans, réserviste, 30 avril 1890. Blessé le 25 mars

1886, par une chèvre à déclic qui lui est tombée sur la tête. On constate : 1° Une plaie contuse au côté gauche du front ; 2° une ecchymose et un œdème considérable de la paupière et de la région péri-orbitaire gauche ; 3° un écoulement abondant de sang par le nez et la bouche ; 4° une paralysie faciale à droite, 5° un écoulement par le nez de liquide céphalo-rachidien ; 6° une surdité complète à droite ; cette surdité à persisté, totale, absolue depuis 4 ans, bien que l'oreille droite ne présente aucune lésion appréciable.

II. — *Chutes sur la tête.* — Elles ont donné lien chez dix sujets à une hémorrhagie par le conduit auditif, 7 fois d'un seul côté, 3 fois bilatérale. Chez 5 patients une fracture du rocher nous a paru évidente et 10 fois la suppuration s'est développée, dans 5 cas des deux côtés et 3 fois accompagnée d'une perforation constatable au moment ne notre examen.

Plus souvent encore que l'otite purulente la sclérose de l'appareil auditif a pris naissance après ces ébranlements. Nous la notons chez 11 sujets, 9 fois double et 2 fois seulement monolatérale.

La surdité, comme les bourdonnements, les sifflements, s'est fréquemment rencontrée, et l'otite interne a été diagnostiquée dans deux cas.

Mesurée avec la montre, l'acuité auditive s'est montrée nulle 16 fois et 12 fois inférieure à 1/20 ; dans 5 cas seulement elle variait de 1/2 à 1/10. Avec la voix, plus puissante, nous notons encore 8 auditions nulles, 6 acuités de moins de 1/20 ; enfin 11 acuités de 1/10 à 1/2.

Rappelons que les acuités sont comptées, non par sujets, mais par oreilles malades.

Obs. — G..., 28 ans, réserviste. Il y a un an chute d'un second étage, surdité complète et amblyopie à gauche. Écoulement de sang pur, puis d'humeur trouble par l'oreille gauche pendant deux mois, vertiges. La vue est presque complètement revenue, mais la surdité absolue persiste à gauche. A droite, audition normale. L'examen montre une otite moyenne purulente sans perforation visible.

Obs, — P..., 29 ans, réserviste. Le 1er mai 1888, chute sur la tête,

fracture du rocher et paralysie faciale à droite. Actuellement, 5 aout 1889, l'audition est très défectueuse même à gauche, même avec l'aide d'un tube acoustique ; il existe une otite scléreuse manifeste des deux côtés.

III. — *Chutes et traumatismes divers.* — Cette dernière classe qui comprend les chutes et traumatismes incomplètement spécifiés nous donne : 4 hémorrhagies par l'oreille dont 2 simples et 2 bilatérales, et 14 otites suppurées dont 8 monolatérales et 6 affectant les deux organes. La perforation du tympan y est notée 7 fois.

Viennent ensuite l'otite scléreuse qui, sur 4 cas, affecte 3 fois les deux oreilles, et la surdité sans lésions apparentes relevée chez 6 sujets et 5 fois monolatérale.

L'acuité auditive mesurée avec la montre est : 1 fois de 1/4, 4 fois de 1/10, 2 fois de 1/50, 15 fois elle descend au-dessus de 1/20 et dans 18 cas le tic-tac n'est pas entendu. Pour la voix nous trouvons : 4 acuités de 1/4, 3 de 1/10 et 10 de 1/20 ; vis-à-vis de 7 acuités inférieures à 1/20 et de 8 surdités absolues.

Obs. — M. C..., médecin-major de 1re classe, a fait il y a neuf ans une chute de cheval suivie de commotion cérébrale, et ayant entraîné au bout de trois jours, des vertiges, des bruits subjectifs sans diminution de l'ouïe, persistant pendant quelques semaines. En revenant du Tonkin il y a un an, légère dysécié à gauche et depuis quelques mois bruissement continuel de ce côté avec quelques sifflements à droite par intermittence.

A gauche la montre est à peine entendue au contact, la voix pas au delà de 2 mètres, les vibrations du diapason vertex ne sont pas plus fortes de ce côté. Bien que notre collègue ait été successivement soigné, et sans succès, pour un catarrhe de la caisse, pour une ankylose des osselets, pour une otite labyrinthique, l'examen ne nous montre aucune lésion appréciable et nous restons dans le doute sur la nature précise des accidents.

Un certain nombre de complications sont venues rendre plus sérieuses les otites suppurées consécutives aux traumatismes directs. Deux fois il y a eu périostite mastoïdienne mais sans suppuration, deux fois il s'est formé sous les

sterno-mastoïdiens des abcès ganglionnaires dont l'ouverture dût être pratiquée.

Un de nos patients présentait une nécrose étendue du rocher et un séquestre déjà engagé dans le conduit auditif externe et commençant à se mobiliser. La paralysie faciale, conséquence de la lésion du nerf de la 7e paire par rupture de son canal osseux s'est rencontrée deux fois, ancienne déjà et peu sensible aux modificateurs thérapeutiques.

Signalons enfin, chez un malade tombé d'un second étage, une hémianesthésie persistante, et chez un de nos collègues une amblyopie apparue en même temps que la diminution progressive de l'audition.

Si nous pouvons compter à l'actif du traitement 4 améliorations et 1 guérison presque complète, force nous est d'avouer l'impuissance habituelle de la thérapeutique. Aussi la majorité des sujets porteurs d'une affection bilatérale a-t-elle été l'objet de propositions de réforme et parfois de retraite quand l'accident provenait du service.

En somme, dans les traumatismes directs, l'otite scléreuse et la surdité nerveuse se montrent avec une fréquence presque égale à celle de l'otite purulente. Nous relevons en effet 47 otites suppurées pour 41 otites scléreuses et 37 surdités sans lésions appréciables ou otites labyrinthiques. Ce fait n'a rien de surprenant, étant admis que les vibrations imprimées au crâne par une violence extérieure n'amènent que dans des cas relativement peu communs des déchirures du tympan suivies d'un écoulement sanguin. C'est ainsi que l'hémorrhagie par le conduit auditif n'est notée que 26 fois dans nos relevés.

Or cette hémorrhagie décèle une solution de continuité, porte d'entrée habituelle des microbes de la suppuration. D'un autre côté les troubles de nutrition qui se traduisent par la sclérose de la caisse nous paraissent devoir être la conséquence de lésions nerveuses, inappréciables jusqu'ici avec nos procédés d'examen. Ajoutés aux cas où l'on soupçonne une otite labyrinthique, une lésion du nerf auditif ou

des centres de perception encéphalique comme dans les *surdités*, ils conduisent à admettre que les ébranlements du crâne agissent surtout sur l'appareil nerveux auditif.

Quelques complications d'amblyopie concomitante, d'hémianesthésie, plaident également pour l'existence d'altérations des centres nerveux. Il y a sous ce rapport une disproportion frappante entre les suites des traumatismes directs et indirects de l'appareil auditif. Dans ces derniers nous relevons 27 otites suppurées vis-à-vis de 11 otites scléreuses et de 6 otites internes ou surdités nerveuses. Dans les premiers à 47 otites purulentes répondent 41 scléroses et 37 surdités nerveuses ou otites labyrinthiques.

Agissant principalement sur la membrane du tympan, les violences indirectes la déchirent ou l'ébranlent et y déterminent des altérations qui souvent se limitent à l'oreille moyenne. Portant au loin l'ébranlement, les traumatismes qui atteignent les os du crâne, vont jusque dans la profondeur intéresser les parties plus délicates de l'organe, les centres nerveux ou les conducteurs des impressions auditives, les nerfs acoustiques.

On comprend que dans ces conditions les ressources thérapeutiques n'ont qu'une valeur très médiocre, et si l'on observe quelques améliorations elles sont presque uniquement les effets du temps et de la marche naturelle de l'affection. Dans l'otite moyenne purulente, au contraire, si les chances de guérison ne sont guère plus considérables, il nous est possible d'agir préventivement. La suppuration provient de l'infection d'une solution de continuité de la muqueuse tympanique ou d'une déchirure du tympan. Par un nettoyage à fond du conduit auditif suivi d'un pansement antiseptique occlusif, non seulement on préviendra la suppuration de la plaie et plus tard de la cavité tympanique, mais dans les cas de fracture de la base du crâne on aura chance d'empêcher le développement de la méningite suppurée et de l'encéphalite.

Pour parvenir plus sûrement à ce but, il faut ne pas oublier que la trompe d'Eustache est bien souvent la voie par laquelle s'opère la pénétration des éléments infectieux dans l'appareil auditif. A l'antisepsie du conduit auditif externe on devrait donc ajouter la désinfection aussi complète que possible de la gorge et des fosses nasales.

---

## EMPYÈME DU SINUS MAXILLAIRE CONSÉCUTIF AU TAMPONNEMENT TOTAL DE LA FOSSE NASALE GAUCHE

Par le Dr **Gellé**

Communication faite à la Société laryngo-otologique de Paris.

Il y a quelques mois, je lisais devant la Société quelques observations nouvelles d'otites suppurées consécutives au tamponnement postérieur des fosses nasales. Je crois utile de rappeler ici que dans la discussion qui suivit, certains membres émirent l'opinion que cette complication s'observait rarement à la suite des opérations qui s'exécutent dans les fosses nasales, et sans doute à cause do la façon dont le tamponnement est fait alors, puisqu'il remplit toute la cavité, et n'enclôt pas, comme le tampon postérieur ou antérieur, un foyer de putréfaction.

L'observation suivante montre de quel côté peut naître la complication dans ces conditions même, et sa gravité.

### Observation (recueillie par M. Gouverné).

M. X..., âgé de 60 ans, arthritique, sujet aux engorgements des jointures des doigts, a eu il y a quelques années une première épistaxis, très abondante, très rebelle, qui a nécessité un tamponnement postérieur exécuté par le Dr Siredey. En

juillet 1888, il est pris d'une épistaxis de la narine gauche qui résiste à tous les moyens médicaux habituels et à l'application d'un tampon antérieur. Le sujet avait déjà perdu une quantité de sang qu'on évalue à plus d'un litre, le tamponnement est effectué sur toute l'étendue de la cavité nasale, à l'aide de charpie en queue de cerf-volant. L'hémorrhagie s'arrêta. Au bout de 48 heures, quand on voulut enlever le tampon, on se heurta à un refus catégorique du malade, mû par la peur d'un retour de l'accident. Ce ne fut qu'au 10e jour, que, pressé par les sollicitations, et surtout par l'odeur infecte qui se dégageait de son nez, il laissa enlever le pansement. Mais le fil pourri se cassa à la première traction, et on ne pût aller plus loin ce jour-là. Le soir même, accès de fièvre avec frisson, et température élevée tout le lendemain. Le Dr Jalaguier, appelé, provoqua la chute du tampon dans la gorge en le repoussant par la narine ; des lavages antiseptiques furent ordonnés, car on ne s'était pas mépris sur le caractère infectieux de la fièvre. Très vite, chute de la fièvre, mais continuation pendant un mois environ d'un abondant écoulement muco-purulent, fétide. Quelque temps après, apparition subite de douleurs vives dans le côté gauche de la face, à cachet névralgique, point sous-orbitaire, douleurs autour de l'orbite, etc. ; puis, la fièvre s'allume ; en même temps, on constate un gonflement de la joue gauche avec œdème de la paupière inférieure. Ce gonflement est surtout accusé au niveau du sillon naso-labial, où la sensibilité à la pression est très marquée. De plus, l'écoulement de liquide sanieux fétide est plus abondant ; pendant 8 jours, cet état persiste, le malade se refusant à tous les soins, même aux explorations, de crainte du retour des hémorrhagies. Enfin un lavage énergique de la narine gauche entraîne un bouchon d'une horrible fétidité, d'aspect grisâtre, sanieux, de consistance molle, et avec lui un flot de liquide putride. Impossible d'obtenir du malade d'autres soins que des irrigations nasales quotidiennes. Les symptômes locaux et géné-

raux s'amendèrent cependant peu à peu à partir de ce jour. Le gonflement avec subœdème dur de la peau de la joue persiste longtemps encore de même que l'écoulement purulent par la narine gauche. Bien longtemps après le retour à la normale, et après la disparition de la fièvre, le malade conserve un écoulement fétide par la narine gauche, et le hasard permit au médecin traitant de le constater encore, bien que moins abondant, un an après le début de l'accident : puis, le sujet disparut, redoutant sans doute les interventions souvent conseillées.

---

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, OTOLOGIE ET RHINOLOGIE DE PARIS

*Séance du* 4 *décembre* (suite).

**Soudure complète du voile du palais et du pharynx,** par le Dr Cartaz.

(Publié in extenso.)

**Une nouvelle méthode de traitement chirurgical de l'hypertrophie tonsillaire,** par le Dr Ruault.

Sans faire le procès des méthodes classiques qui sont bonnes, je crois que mon procédé est supérieur à l'amygdalotomie à cause de l'écoulement sanguin insignifiant, et à l'ignipuncture à cause de la douleur beaucoup moindre.

D'abord, selon l'état des cryptes, faire la discission, s'il y a lieu, et en cas d'enchatonnement, libérer l'amygdale des piliers à l'aide du crochet serpette. Ensuite, en 2 ou 3 séances au plus, on enlève à l'aide de la pince que j'ai fait construire (un seul mors annulaire non tranchant, l'autre mors, plein, cylindrique, s'emboîtant exactement dans le premier) et en évitant de saisir les piliers, en trois ou quatre prises consécutives,

une bonne partie de la glande. On frictionne énergiquement ensuite les surfaces cruentées avec l'ouate hydrophile montée sur une pince à forci-pressure et imbibée d'une solution iodo-iodurée forte. La cuisson consécutive est de courte durée. Après quelques jours, on constate une rétraction secondaire beaucoup plus considérable que le volume assez restreint des parties enlevées. Il importe de remarquer que les enfants supportent bien mieux le morcellement que l'ignipuncture et qu'il n'y a pas de réaction, gêne ou douleur consécutives.

*Séance du 6 janvier* 1893.

M. BONNIER fait une communication sur le **zona ophtalmo-tympanique.**

C'est un zona des régions du nerfs ophtalmique et d'une petite partie de l'auriculo-temporal. Il s'agit d'un malade tuberculeux et syphilitique chez lequel on constate une première série de vésicules au niveau du sourcil et vers la tempe et une seconde série sur le cadre du tympan dans sa partie antérieure avec intégrité de la membrane et des organes essentiels de la vision et de l'audition.

M. BONNIER cite un cas d'**otorrhée bilieuse.**

C'est une otite survenue chez un cirrhotique. La nature de l'otorrhée suit les modifications de l'ictère. Au début, le pus est à peine verdâtre et, à mesure que les sécrétions (salines, larmes, mucus nasal) deviennent plus vertes, le pus de l'oreille prend lui-même une teinte verte plus accentuée. A l'agonie l'ictère rétrocéda et le pus de l'otorrhée reparut jaune épais et filant.

M. BONNIER. — **Corps étranger du conduit.**

Il s'agit d'un tube de verre de 4 millim. d'épaisseur et 7 1/2 de hauteur, ayant séjourné dans une oreille pendant 23 ans. Malgré ce laps de temps, l'ouïe est revenue instantanément après l'issue du corps étranger et d'un bouchon qui l'entourait, obtenue par injections.

M. A. MARTIN fait une communication intitulée : **Sensations de corps étrangers du pharynx et du larynx, supprimées par l'action de la cocaïne.**

(Publiée in extenso.)

*Séance du 3 février.*

M. GELLÉ communique une **observation montrant le rôle du traumatisme dans les déformations du septum nasal.**

La question de la déviation du septum a été, ici même, l'objet des dis-

cussions et des théories de MM. Châtellier et Potiquet, en dehors du traumatisme. Mais je vous soumets le cas d'une fillette de 5 ans qui reçut d'une de ses camarades un coup de tête sur le nez et chez qui une lésion du cartilage quadrilatère s'était produite (probablement fracture et décollement des deux membranes d'enveloppe) entraînant une saillie très accusée en forme d'éperon solide d'un côté et une dépression correspondante sur l'autre face. L'état persista après 5 mois sans tendance à disparaître. Cependant l'enfant fut prise d'une grippe sérieuse qui détermina une aggravation de la lésion traumatique supportée jusque-là sans douleur ni réaction. A partir de ce jour, il y eut changement absolu d'évolution et une déformation très accusée fut consécutive à un abcès infectieux de la cloison.

*Discussion :*

M. Lœwenberg. — Dans le cas de M. Gellé, il ne s'agit que du septum cartilagineux ; les déformations traumatiques du septum cartilagineux sont connues, mais on connaît moins bien l'influence d'une chute sur la partie osseuse.

M. Gellé. — Il m'a été donné de suivre l'enfant sans que j'observe rien de particulier dans la partie osseuse.

M. Lœwenberg. — Y avait-il des réflexes d'origine nasale?

M. Gellé. — Non.

Communication de M. Lichtwitz sur l'**empyème latent du sinus frontal diagnostiqué et traité par voie naturelle.**

Il s'agit d'une forme d'empyème sans distension de la paroi orbitaire du sinus, restée ignorée jusqu'en ces derniers temps. Outre la sécrétion, le symptôme important, outre la céphalalgie frontale due à la rétention du pus, outre les renseignements plus ou moins certains révélés par la percussion, la transparence électrique, etc., il existe un élément de diagnostic unique, c'est la recherche directe du pus. Elle a été faite à l'aide d'une canule spécialement coudée et nous avons constaté que chez les individus affectés d'empyème du sinus frontal, le cathétérisme est moins douloureux que pour un sinus normal, à cause d'un certain degré de diminution de la sensibilité au pourtour de l'orifice naso-frontal. Il n'est même pas besoin d'employer la cocaïne.

Chez 7 malades nous avons pu diagnostiquer et traiter par l'orifice naturel, l'empyème de cette cavité. Trois d'entre eux étaient atteints d'empyème double.

*Discussion :*

M. St-Hilaire. — J'ai vu un malade de M. Lichtwitz qui sentait l'eau chaude du lavage remonter dans le front. J'ai fait, par la suite, des coupes de crânes à l'École pratique et j'ai pu faire pénétrer le liquide dans le sinus à l'aide d'une sonde appropriée. Mais jamais je n'ai pu, chez des malades dociles, faire pénétrer la sonde jusque dans l'infundibulum, car sur le vivant je ne pouvais franchir l'obstacle du cornet moyen. Ayant fait construire la sonde de M. Lichtwitz, j'ai pu pénétrer facilement.

M. Potiquet. — Je crois qu'il n'est possible de pénétrer que dans l'hiatus semi-lumaire, et je me demande si le lavage du sinus frontal est possible et si M. Lichtwitz n'a pas simplement lavé les orifices du sinus maxillaire.

Les suppurations du sinus frontal sont d'ailleurs très rares et il s'agit le plus souvent d'ethmoïdites.

*Séance du 3 mars 1893.*

M. Loewenberg fait une communication ayant pour titre : **Contribution à la séméiologie et au traitement du catarrhe de la trompe d'Eustache.**

Quand le catarrhe tubaire est à son premier stade, que le pavillon et la portion inférieure seule de la trompe sont envahis par les mucosités visqueuses, il se fait des variations brusques de l'ouïe tenant aux mouvements des muscles agissant sur la trompe, aux inspirations ou expirations forcées bouchant ou dégageant le conduit. Il arrive qu'en insufflant de l'air par le cathéter, il cesse tout à coup de passer ; c'est qu'on a réuni en un bloc les mucosités éparpillées. Je conseille donc, dans ces cas, de faire à l'aide d'une forte poire, comprimée au maximum et hermétiquement introduite dans le pavillon du cathéter, une aspiration en cessant la compression. On fait appel des mucosités qui viennent remplir le cathéter et l'ouïe reparaît. On recommence l'opération plusieurs fois, s'il est nécessaire, en retirant la sonde et en insufflant de l'air pour la déboucher. On voit ainsi les masses épaisses extraites, ce qui justifie l'interprétation des faits et la manœuvre employée.

On peut appliquer ce procédé aux cas de sclérose de la caisse compliqués de catarrhe tubaire, et l'avenir montrera s'il est possible d'extraire, par cette méthode d'aspiration, des masses logées plus loin et même dans la caisse.

Juranville.

## SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

*Session annuelle tenue à Paris les* 12, 13 *et* 15 *mai* 1893.

### Traitement des suppurations des cavités accessoires du nez.

#### 1° *Traitement des suppurations du sinus maxillaire.*

CARTAZ (de Paris), rapporteur. — De date relativement récente, l'étude de l'empyème de l'antre d'Highmore a fait, dans ces dernières années, de grands progrès, et la symptomatologie de cette affection a été établie d'une façon assez nette pour permettre de la diagnostiquer assez facilement. D'origine dentaire dans la majorité des cas, la sinusite maxillaire peut aussi avoir une origine nasale ; le procédé d'évacuation du pus changera donc suivant les conditions étiologiques.

Les méthodes de traitement sont au nombre de trois.

1° Procédé de Jourdain qui consiste à pénétrer dans le sinus par la voie nasale. J'estime que ce procédé ne doit être employé que lorsqu'il n'y a pas de lésions dentaires, l'ouverture naturelle du méat étant située bien au-dessus du bas-fond de l'antre et ne permettant pas d'en faire le nettoyage complet, et le même inconvénient, à un degré moindre cependant, existant lorsqu'on fait l'ouverture dans le méat inférieur.

2° Procédé de Cooper qui pénétrait dans le sinus par l'alvéole : c'est le procédé le plus ordinairement employé. Il y aura avantage à faire une large ouverture. Le malade portera une canule à opercule ou une tige pleine.

3° Procédé de Desault dans lequel on arrive au sinus par la fosse canine. On ne doit y avoir recours qu'en dernier ressort, alors que les autres procédés ont échoué.

Le sinus vidé, on doit faire des pansements antiseptiques, lavages ou pansements secs.

Les résultats sont sensiblement les mêmes, quel que soit le procédé opératoire employé. Les malades guérissent, en général, d'autant plus vite que la suppuration est de formation plus récente.

M. MOURE (de Bordeaux) appuie les conclusions du rapporteur ; il signale la vive douleur qui existe chez certains malades au moment où la canule est introduite dans l'alvéole.

M. POYET (de Paris) fait disparaître ces douleurs en agrandissant l'ouverture alvéolaire.

M. GAREL (de Lyon) donne la préférence aux méthodes nasales.

M. WAGNIER (de Lille) insiste sur les difficultés du pronostic.

M. CARTAZ. — Il faut, pour le pronostic, tenir compte de l'état de la muqueuse : quand elle est lisse et vernissée, on a de grandes chances de voir la suppuration persister.

### 2° *De l'empyème du sinus sphénoïdal.*

M. MOURE, rapporteur. — Les sphénoïdites sont aiguës ou chroniques. Les inflammations aiguës reconnaissent presque toujours pour cause un coryza ordinaire qu'elles compliquent ou aggravent même dans certains cas ; elles guérissent ordinairement sous l'influence d'une médication émolliente.

Les sphénoïdites chroniques sont plus fréquentes ; c'est à leur développement qu'il faut imputer la plupart des cas de catarrhe naso-pharyngien qui sont rebelles au traitement local. Le symptôme fonctionnel le plus important est la céphalée siégeant au niveau de la nuque ou au fond des yeux. Localement, le pus se trouve à la partie postérieure des fosses nasales, entre le cornet moyen et la cloison : à ce niveau, la muqueuse est fongueuse et souvent recouverte de granulations polypoïdes. Le traitement consiste à faire le lavage du sinus par l'orifice naturel qu'il est en général facile de trouver. Si le cathétérisme est impossible par l'orifice naturel, il faut créer un orifice artificiel à travers la paroi antérieure de la cavité ; si le cornet moyen empêche l'accès de l'antre sphénoïdal, il faut l'enlever. Si la suppuration persiste, on cherchera à modifier l'état de la muqueuse par des caustiques et au besoin par le curettage.

M. CARTAZ. — Le diagnostic précis est souvent très difficile : quand la muqueuse est très tuméfiée, et qu'on ne peut la réduire par l'emploi de la cocaïne, il faut recourir aux moyens chirurgicaux.

### 3° *Des suppurations du sinus frontal.*

M. LACOARRET (de Toulouse) rapporteur. — Cette inflammation s'accompagne souvent de douleurs à la racine du nez, ou frontales, ou orbitaires, parfois intolérables, diminuant avec l'écoulement du pus. Dans certains cas il n'y a d'autre symptôme que l'écoulement du pus qui se produit d'une façon continue dans la position normale de la tête, qui diminue ou qui cesse dans toute autre position. L'examen direct, l'éclairage par transparence, le cathétérisme du canal fronto-nasal, fournissent des signes bien plus certains. Le traitement consiste en lavages faits à l'aide d'une sonde pénétrant par les voies naturelles.

Si le cathétérisme est impossible, il faut avoir recours à la ponction du sinus par la voie nasale, suivie du curettage de la cavité. Lorsque ces deux moyens ont échoué, on doit en dernier ressort faire la trépanation par voie externe. On emploiera, entre les lavages, des insufflations de poudres médicamenteuses.

M. MOURE s'élève contre la tendance marquée que l'on a eue, dans ces derniers temps, à faire des opérations intra-nasales. En ce qui concerne le sinus frontal, en particulier, une grande réserve s'impose en raison des variations anatomiques que comporte la région. On peut, en allant un peu loin, pénétrer dans la cavité crânienne et provoquer des accidents graves.

**Traitement de l'otorrhée.**

M. POLO (de Nantes), rapporteur. — Le traitement médical de l'otorrhée ne peut être soumis à des règles fixes : il doit varier suivant les cas.

Le praticien recherchera d'abord les causes générales, puis les causes locales (maladies naso-pharyngiennes, tumeurs adénoïdes, etc...), cherchera ensuite à éliminer le pus du conduit et de la caisse, et instituera ensuite le traitement proprement dit. Il existe deux méthodes de traitement, la méthode humide et la méthode sèche. La première consiste en lavages et en instillations avec des solutions antiseptiques : acide borique et acide phénique, phéno-salyl, nitrate d'argent, etc... On se servira de la canule d'Hartmann pour les irrigations intra-tympaniques.

La méthode sèche sera réservée pour les écoulements séreux avec larges perforations : on se sert d'acide borique, de dermatol, d'iodoforme. Loewe préconise les pansements ouatés. Contre les granulations on emploiera les caustiques, le grattage, ou le galvano-cautère.

M. MIOT (de Paris), rapporteur. — Le traitement chirurgical a pour but de combattre les altérations qui entretiennent l'otorrhée : polypes, hypertrophie de la muqueuse, carie des osselets et des parois de la caisse. Contre les polypes l'auteur préconise l'extirpation suivie de la cautérisation. L'abrasion est indiquée dans tous les cas d'hypertrophie de la muqueuse, d'otite desquamative avec ou sans carie, et est réservée surtout aux suppurations de l'attique.

L'extraction des osselets s'impose quand ils sont cariés ; s'ils sont sains, on peut les enlever sans en faire souffrir l'acuité auditive, et bien des chirurgiens le font pour dégager complètement l'attique. Après l'ablation des osselets le curettage est de rigueur ainsi qu'un pansement minutieux. Dans les cas de carie des parois de la caisse, on peut se con-

tenter d'un curettage, ou si cela n'est pas suffisant, avoir recours aux opérations de Kretschmann et de Stacke, qui consistent à séparer de la portion osseuse du conduit sa portion cartilagineuse afin d'agir plus librement sur le tympan, les osselets et les parois de la caisse. En résumé, le massage et le curettage dans les cas simples, avec ou sans ablation de l'enclume et du marteau, destruction de la paroi externe de l'attique dans les cas de carie osseuse, enfin exceptionnellement le procédé de Stacke.

M. LUCET-BARBON (de Paris) a pratiqué huit fois l'opération de Stacke avec son collègue M. MARTIN, et a obtenu d'excellents résultats : dans un des cas il a pu découvrir un cholestéatome jusque-là méconnu, et qui atteignait le volume d'une grosse noix. Cette opération permet d'enlever facilement les osselets, de curetter les parois de l'attique, de découvrir des abcès ignorés du côté des cellules mastoïdiennes. La blessure du facial est évitée par l'introduction d'un mandrin protecteur au fond de la caisse.

Les soins consécutifs, pansement à la gaze iodoformée renouvelé au bout de huit jours, exigent de grandes précautions. Il faut réprimer le développement trop rapide des bourgeons charnus par l'acide chromique, le nitrate d'argent ou le fer rouge.

M. MARTIN (de Paris). — Toutes les fois que les lavages produisent des syncopes ou des douleurs vives, il faut intervenir chirurgicalement.

### Traitement de la tuberculose laryngée.

M. GAREL (de Lyon), rapporteur. — Combattre l'aphonie et la toux, ou la dysphagie, selon que les lésions seront localisées à la glotte, ou auront leur siège à la partie supérieure de l'organe, tel est le but du traitement local de la tuberculose laryngée, mais, dans l'un et l'autre cas, les chances de guérison dépendent surtout de l'état général du malade, de son degré de résistance, de l'étendue de ses lésions pulmonaires.

Les différentes médications en usage sont les suivantes : inhalations faites avec des substances liquides ou gazeuses (baume du Pérou, créosote, acide phénique, acide carbonique), pulvérisations avec des solutions phéniquées, ou des préparations opiacées ; les insufflations de poudres (iodoforme, cocaïne, morphine) ; les badigeonnages calmants ; les applications locales d'acide lactique précédées d'un badigeonnage à la cocaïne ; les cautérisations galvano-caustiques ; en résumé, cocaïne contre la toux et la dysphagie, acide lactique et galvano-cautère contre les ulcérations et les infiltrations.

M. CASTEX (de Paris), rapporteur. — Quand le traitement médical est insuffisant, il faut recourir au traitement chirurgical, si l'état local l'indique, et si l'état général le permet. Les opérations sont palliatives ou curatives. Les premières comprennent le curettage partiel, l'extirpation à la pince coupante, la trachéotomie, le tubage. Parmi les opérations curatives il faut citer en première ligne le curettage que l'on pratique après cocaïnisation préalable, soit avec les curettes simples d'Heryng ou de Krause, soit avec des curettes doubles qui immobilisent la partie avant de l'exciser. Le curettage est suivi d'une cautérisation avec une solution forte d'acide lactique. Lorsque le curettage a échoué, la laryngotomie peut rendre de grands services dans les cas de tuberculose étendue. Les complications à redouter dans le traitement chirurgical sont le spasme de la glotte, l'infiltration œdémateuse, les répercussions sur le poumon.

M. CARTAZ adopte les conclusions de M. Garel, mais repousse formellement la laryngotomie, estimant qu'après la trachéotomie préalable, on peut, par des procédés endolaryngés, remédier en partie aux accidents.

Après des observations de M. GAREL et de M. MOURE, M. CASTEX conclut en disant que la laryngotomie ne doit pas être systématiquement condamnée, et qu'elle peut-être conservée pour les cas où les poumons sont sains et où les autres méthodes ont échoué.

## QUESTIONS DIVERSES

### Hémorrhagies sous-muqueuses et à répétition des cordes vocales inférieures.

M. POYET rapporte trois observations d'hémorrhagie des cordes vocales inférieures s'étant produite, dans le 1er cas, à la suite d'un effort violent, dans le second à la suite d'un effort vocal léger, mais au moment des règles ; le troisième malade était hémophile. L'examen laryngoscopique permit de constater soit la présence sur la corde d'un vaisseau hypertrophié dont la rupture avait produit l'hémorrhagie, soit des ecchymoses au niveau du bord libre de la corde. La voix, très altérée au moment de l'accident, retrouvait son intégrité avec la disparition de l'ecchymose. Chez les trois malades, les mêmes accidents se reproduisirent à plusieurs reprises dans les mêmes circonstances.

M. JOAL (du Mont-Dore) donne des soins à une cantatrice qui, depuis sept ans, présente à la surface de la corde vocale inférieure gauche une grosse dilatation vasculaire dont sa voix n'a jamais souffert.

M. CARTAZ pense que les congestions laryngées d'origine menstruelle, ou à la suite d'effort vocal, peuvent aboutir à une extravasion sanguine.

M. GAREL rapproche de ces faits les hémorrhagies qu'il a observées à la suite de la rupture de petits kystes sanguins siégeant sur les bords des cordes vocales.

### Hémoptysies et hémorrhagies de l'amygdale linguale.

M. JOAL. — En présence d'un sujet qui crache du sang, l'examen attentif du pharynx s'impose, car c'est souvent à ce niveau que l'on trouvera la cause première de l'hémorrhagie. L'auteur a observé trois malades chez lesquels on redoutait la tuberculose en raison de leurs expectorations sanguines et de leur mauvais était général ; les poumons étaient sains, les crachats ne contenaient pas de bacilles, et c'est l'emploi du miroir qui fit voir que le sang provenait d'ulcérations et de ruptures vasculaires au niveau de l'amygdale linguale hypertrophiée.

### Sur un cas de pharyngite hémorrhagique.

M. NATIER communique l'observation d'un homme de 20 ans, de bonne constitution, sans tare héréditaire ou personnelle, qui, sous l'influence d'un effort vocal, fut pris d'une hémorrhagie buccale abondante. L'examen le plus minutieux ne permit pas de trouver une lésion locale.

M. CARTAZ. — Lorsqu'il n'y a pas de lésions du nez, du pharynx, ou du larynx, il faut songer, en présence de cas semblables, à la tuberculose au début, ou à des troubles vaso-moteurs d'origine névropathique.

M. GAREL. — Les hémorrhagies pharyngées sont liées à la présence de varices linguales, ou bien se manifestent chez des femmes nerveuses. Dans ce dernier cas, d'après M. JOSSERAND (de Lyon) le sang vient de l'estomac.

M. MOURE a vu nettement saigner les varices linguales chez un courtier en cognac qui rejetait du sang chaque fois qu'il buvait de l'eau-de-vie.

M. GAREL recommande l'examen de l'urine ; l'analyse a parfois révélé l'existence d'une affection rénale jusque-là méconnue.

### Mycosis bénin de l'arrière-gorge.

M. GAREL. — Cette affection, dont j'ai observé 29 cas, a une étiologie obscure, mais semble cependant se développer le plus souvent chez des sujets atteints de catarrhe naso-pharyngien. Son évolution est lente, et

elle a de la tendance à récidiver : son point d'élection paraît être les amygdales. Elle se présente sous la forme de foyers punctiformes analogues à des grains de millet, de touffes de champignons rappelant l'aspect de la *barbe de capucin*, où de plaques jaunâtres simulant des taches diphtéritiques. Le parasite est le *leptothrix buccalis*. Le traitement consiste dans l'arrachement à la pince suivi de cautérisation au galvano-cautère.

M. WAGNIER. — Deux malades chez lesquels les autres traitements avaient échoué, ont été guéris par moi à la suite d'attouchements des points mycosiques avec l'acide chromique anhydre.

M. MOURE a obtenu de bons résultats avec la solution de zinc iodo-iodurée préconisée par MM. Nabias et Sabrazès.

M. NATIER a guéri une jeune fille atteinte de mycosis avec le galvano-cautère et le chlorure de zinc.

### Laryngites grippales.

M. CARTAZ. — L'œdème laryngé est une complication rare de la grippe. L'auteur en a observé deux cas; l'œdème siégeait au niveau de la région aryténoïdienne et des bandes ventriculaires. La dyspnée était très prononcée, mais la trachéotomie ne fut pas nécessaire, et la guérison fut obtenue par des applications de sangsues, des diaphorétiques et des applications froides.

M. NATIER. — Chez deux de mes malades, l'œdème siégeait au niveau des cordes inférieures. Les accidents, légers du reste, ont disparu sous l'influence d'attouchements avec une solution de nitrate d'argent.

### Traitement de la pachydermie diffuse des cordes vocales.

M. MOLL (d'Arnheim) réserve le nom de pachydermie à l'inflammation chronique des cordes vocales avec bourrelet hypertrophique au niveau de l'apophyse et épaississement de l'extrémité postérieure des cordes.

L'orateur rapporte un cas qu'il a traité avec grand succès par l'électrolyse.

La guérison a été obtenue après trois séances de trois à cinq minutes avec un courant de 5 à 10 milliampères, en se servant d'une électrode double.

M. WAGNIER s'étonne que la longue durée du courant n'ait pas provoqué de réflexes fort gênants.

M. GAREL emploie l'électrolyse contre les végétations tuberculeuses du larynx, mais ne fait passer le courant que pendant 5 à 10 secondes.

### Otites hémorrhagiques grippales.

M. HERCK (de Paris). — L'hémorrhagie qui accompagne certains cas d'otite grippale s'accompagne de bourdonnements et de douleurs parfois très vives. Ce n'est tantôt qu'une ecchymose du tympan ou de la paroi du conduit auditif externe, ou bien elle forme dans le segment inféro-postérieur du tympan une phlyctène qui se perfore et laisse couler le sang en dehors.

Le traitement par injection tubaire d'huile de vaseline pure a donné d'excellents résultats.

### Cas rare de rupture du tympan.

M. VACHER. — Le 7 avril, je fais exécuter devant moi le valsalva à une dame qui venait me consulter pour des troubles auriculaires consécutifs à une attaque de grippe. L'expérience est suivie d'une douleur vive, et, à l'examen local, je constate de chaque côté une perforation tympanique avec issue de sang et de pus. Des lavages antiseptiques amenèrent une guérison rapide.

### Sur un cas de laryngopathie tertiaire.

M. AUDUBERT (de Bordeaux) a observé un homme dont la partie supérieure du larynx seule présentait des lésions syphilitiques tertiaires. Le reste de l'organe était intact. La dyspnée considérable était due à l'étroitesse de l'entrée du larynx où siégeaient une infiltration marquée et deux énormes végétations. Le malade fut guéri par l'introduction de bougies métalliques. M. Moure a détruit les végétations avec le galvanocautère.

GOULY.

# ANALYSES ET COMPTES RENDUS

## I. — Nez

**The correction of deformities of the nose from abscess of the nasal saeptum.** (*Correction des déformations du nez résultant d'abcès du septum nasal*), par le Dr J.-O. Roe. In *N. Y. med. Journ.*, 25 mars 1893, p. 319.

Les abcès de la cloison, qu'ils soient dûs à une inflammation simple, au traumatisme, ou à la syphilis, peuvent entraîner à leur suite une des truction complète du cartilage triangulaire ; la déformation qui en est la conséquence consiste le plus souvent en une dépression centrale très accusée, accompagnée d'un aplatissement des narines de chaque côté. Pour corriger cette déformation, l'auteur fait une opération extra-nasale et sous-cutanée analogue à celle qu'il a déjà proposée il y quelques années pour corriger les déformations angulaires du nez. Voici en quoi consiste essentiellement cette opération : Dans les trois observations rapportées par Roe, le cartilage triangulaire était détruit, mais les parties molles subsistaient et même étaient très épaissies. C'est dans ces parties molles que furent pris dans chaque narine de vastes lambeaux qui furent détachés du plancher pour être ramenés sur la partie médiane et réunis l'un à l'autre par de petites attelles en ivoire maintenues par des points de suture. Les bords de la cloison étaient tout d'abord avivés. Pour permettre à la cicatrisation de se faire sans crainte de dépression, on introduisait dans chaque narine un petit anneau terminé par deux branches dont l'une reposait sur le plancher et l'autre repoussait la partie supérieure du nez : l'écartement entre les deux branches était calculé avant l'introduction de l'anneau.

Quelques jours après, la cicatrisation était complète, et la déformation primitive corrigée.

Les photographies qui accompagnent le travail de Roe, et qui ont été prises avant et après l'opération, montrent mieux que toute description les beaux résultats obtenus par l'auteur avec son procédé opératoire.

Gouly.

**Spontaneous cure of a papilloma of the nasal saeptum.** (*Guérison spontanée d'un papillome du septum nasal*), par le Dr J. DUNN. In *N. Y. med. Journ.*, 8 avril 1893.

M. W..., âgé de 30 ans, vient consulter l'auteur pour un battement nerveux de la paupière droite : l'examen des fosses nasales révèle l'existence d'un papillome de la grosseur d'un haricot ; le malade en avait remarqué la présence trois mois anparavant. Ce papillome lui causait parfois des élancements et saignait lorsqu'on y touchait trop rudement. L'extirpation proposée fut refusée ; trois mois après, en se frottant le nez, M. W... ramena avec son ongle le papillome qui n'a pas reparu depuis. Ce fait est intéressant, dit l'auteur, en ce qu'il montre le rapport étroit qui existe entre ces tumeurs et les excroissances cutanées ordinaires, et qu'il explique dans une certaine mesure pourquoi on a si rarement l'occasion de les observer. GOULY.

**Nasal saeptum knives. (Couteaux pour le septum nasal)**, par G. W. MAJOR. In *N. Y. med. Journ.*, 8 avril 1893.

Ces couteaux sont destinés à la section des éperons qui longent la cloison d'avant en arrière près du plancher des fosses nasales. Ils ont sur la scie l'avantage de ne pas provoquer d'hémorrhagie, et par conséquent de permettre à l'opérateur de suivre l'opération dans ses moindres détails. Ils se composent d'une sorte de crochet mousse à son extrémité libre, à bord extrêmement tranchant, le tout relié à une longue tige que l'on fixe à un manche quelconque. Ils sont de courbure, d'épaisseur, de formes variables. Ils ne peuvent servir que dans les cas où l'éperon est de densité moyenne et où le tissu cartilagineux entre dans sa composition pour la plus grande part. GOULY.

**Autoplastie nasale**, par le Dr CHAPUT. *Soc. de chirurgie*, 26 avril 1893.

C. a présenté une jeune fille chez laquelle C. a fait une autoplastie nasale avec trépied de soutien en platine introduit entre le lobule du nez et la muqueuse nasale. Chez cette personne, la charpente osseuse du nez aurait été détruite par une syphilis héréditaire. LUC.

**Phlegmon de l'orbite dû à une périostite alvéolo-dentaire ayant envahi le sinus maxillaire et la cavité orbitaire ; guérison après l'arrachement d'une molaire cariée et la perforation de l'alvéole**, par P. DELAMARRE. *Archiv. de méd. milit.*, mars 1893.

Le titre est suffisamment explicite. LUC.

**De l'épistaxis et de son traitement**, par le Dr A. MARTIN. *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 27 janv. 1893.

M. commence par établir que la grande majorité des épistaxis spontanées tirent leur origine d'une érosion punctiforme, d'aspect toujours identique, située sur le trajet d'une artériole occupant la portion antérieure de la cloison. Il conseille, le sang une fois étanché au moyen d'un petit tampon d'ouate imbibé d'une solution de cocaïne, d'appliquer sur le point saignant, de préférence au galvano-cautère qui fait une trop large eschare, une perle de nitrate d'argent fondue à l'extrémité d'un stylet, puis de maintenir dans la narine un morceau de ouate imprégné de vaseline.

LUC.

**Révulsion à la région splénique pour combattre les épistaxis chez les paludéens**, par MM. CROS et IMBERT. *Bull. méd.*, 23 mars 1892.

Chez deux paludéens à type fébrile quotidien, l'application de révulsifs sur la région splénique (un vésicatoire puis des pointes de feu, chez le premier, un simple vésicatoire chez le second) parut déterminer la suppression définitive d'épistaxis à répétition. LUC.

**Ablation d'un polype naso-pharyngien**, par le Dr PICQUÉ. *Bull. méd.*, 1893, p. 355.

Jeune homme de 17 ans. Tumeur implantée sur l'apophyse basilaire. Début remontant à 2 ans. Trachéotomie préventive.

Extraction du néoplasme par voie palatine, après résection d'une partie du palais. Écoulement considérable de sang. Guérison rapide. Pas de récidive au bout de 2 ans. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un lympho-myxome télangiectasique. LUC.

**La dernière phase de l'éclairage électrique dans le diagnostic de l'empyème maxillaire**, par le Dr ZIEM, de Dantzig. In *Rev. internat. de rhinolog.*, 10 janvier 1893.

Z. a publié cet article à propos d'un travail de Davidsohn, de Berlin, paru dans le *Berl. klin. Wochenschr.*, dans lequel cet auteur émet l'opinion, que l'éclairage de la pupille oculaire obtenu par l'introduction d'une lampe électrique dans la cavité buccale permet de rejeter complètement l'hypothèse de la présence de pus dans le sinus maxillaire, en raison de l'impossibilité, pour les rayons lumineux, de traverser la couche de pus accumulée sur le plancher de ce sinus.

Z. combat l'exclusivisme de cette proposition en invoquant les faits dans

lesquels le faible développement de l'antre d'Highmore permet aux rayons lumineux de passer directement de la cavité nasale dans la cavité orbitaire sans avoir à traverser le sinus. LUC.

**Ueber Rhinitis pseudomembranacea. (De la rhinite pseudo-membraneuse)**, par le Dr VON STARCK (de Kiel). In *Berlin. klin. Woch.*, 17 oct. 1892, n° 42.

L'auteur rappelle d'abord cette opinion de Stamm d'après laquelle la rhinite pseudo-membraneuse serait identique à la diphtérie nasale, opinion confirmée par la découverte du bacille de Loeffler dans trois cas de rhinite pseudo-membraneuse chez des enfants.

En outre, quelques auteurs, notamment Maggiora et Gradenigo, ont étudié au point de vue bactériologique les membranes fibrineuses qui se produisent sur la muqueuse nasale après les cautérisations du galvano-cautère, et y ont découvert le staphylococcus pyogenes aureus qu'ils considèrent comme l'agent formateur de ces membranes.

Le Dr Von Starck rapporte trois observations de rhinite pseudo-membraneuse très semblables entre elles. Après quelques jours de violente céphalalgie et d'obstruction nasale, les malades rendent en se mouchant de grandes membranes un peu sanglantes du côté de la muqueuse, blanches, sans odeur, d'assez grande dimension. Rien dans le pharynx. Pas d'élévation de température. La muqueuse nasale est hyperhémiée, un peu tuméfiée, et ne présente pas d'érosions. La maladie dura de deux à cinq semaines. Rien ne saurait faire supposer chez les malades — tous adultes — l'existence d'une diphtérie ; d'ailleurs l'examen bactériologique ne put que montrer l'absence du bacille de Loeffler. Les fausses membranes étaient constituées par un réseau fibrineux moins bien développé que dans la diphtérie, et par des cellules. Les deux premiers malades avaient déjà présenté auparavant une rhinite semblable.

L'examen de ces cas n'a pas pu démontrer l'agent de l'affection : il n'a pu qu'éliminer le bacille diphtérique. H. MENDEL.

**De l'empyème latent du sinus frontal diagnostiqué et traité par voie naturelle**, par le Dr LICHTWITZ, de Bordeaux. *Ann. des mal. de l'or.*, etc., février 1893, p. 132.

Sous le nom d'empyème latent du sinus frontal, L. désigne les cas dans lesquels l'affection ne se traduit cliniquement que par un écoulement purulent par l'orifice antérieur ou (plus souvent) par l'orifice postérieur de la fosse nasale correspondante. Dans ces conditions, le diagnostic ne

saurait être mieux ni plus simplement établi que par le lavage de la cavité suspecte au moyen d'une sonde introduite jusqu'au niveau de son orifice naturel.

Ayant noté dans ses recherches cadavériques que le canal fronto-nasal forme un angle à peu près droit avec la ligne qui va du plancher de l'orifice nasal à l'extrémité supérieure de l'infundibulum, L. se sert d'une canule coudée à angle droit à 1 centim. de son extrémité et d'épaisseur variant de 1 1/2 à 2 millim. L'extrémité de cette sonde une fois introduite en face de l'orifice du canal frontal, le liquide lancé par elle tend tout naturellement à s'engager dans le sinus ; mais il est nécessaire qu'il reste assez de place entre elle et les parois du canal pour permettre au liquide de s'écouler librement ; aussi le procédé n'est-il applicable que quand l'orifice du canal a au moins 2 millim. de diamètre.

L. a d'ailleurs noté que l'opération offre moins de difficultés, d'une façon générale, sur le sinus malade que sur le sinus sain. Dans le premier cas, en effet, après l'ablation des polypes et fongosités qui obstruent souvent l'infundibulum, le canal fronto-nasal est plus large que normalement, et la sensibilité de la région se montre très émoussée.

L. a pu, grâce à ce procédé, diagnostiquer et traiter avec succès l'empyème du sinus frontal chez sept malades.

Quatre de ces malades étaient atteints d'un empyème unilatéral et trois d'un empyème double. Chez trois des quatre premiers, l'affection du sinus frontal existait seule, chez le quatrième, elle était combinée avec un abcès du sinus maxillaire. Dans les trois cas d'empyème bilatéral, il existait aussi des affections d'autres sinus, notamment des sinus sphénoïdaux.

Pour ce qui est de l'étiologie, il est à remarquer que l'affection remontait toujours à plusieurs années. Tous les malades avaient eu ou avaient encore, au début du traitement, des polypes des fosses nasales.

Le traitement a consisté en lavages réguliers à travers la canule (une à trois fois par semaine) avec de l'eau phéniquée. Ces lavages étaient suivis d'injections de glycérine ou de vaseline iodoformée, de glycérine ichtyolée. Chez les malades atteints de douleurs, ce traitement en a amené la disparition immédiate, et chez tous, la diminution plus ou moins grande de la suppuration ; aussi L. est-il d'avis que son procédé doit être appliqué non seulement comme moyen de diagnostic, mais encore comme tentative de traitement curatif, et que ce n'est qu'après un échec de cette tentative que l'on devra songer à la trépanation. Luc.

**Diagnostic des abcès du sinus maxillaire. Revue générale**, par le Dr M. LERMOYEZ. *Semaine médicale*, 8 février 1893.

Exposé clair et complet de la question. L'auteur divise les éléments du diagnostic en 3 groupes.

1° *Signes de présomption* (rhinorrhée unilatérale, intermittence de l'écoulement, douleurs sous-orbitaires, cacosmie subjective, carie de certaines des molaires supérieures, présence du pus dans le méat moyen, pli latéral hypertrophique de Kaufmann, projection de la paroi du méat moyen).

Il montre comment chacun de ces signes entraîne des causes d'erreur, mais comment leur association en plus ou moins grand nombre constitue un plus ou moins grand nombre de chances en faveur de la présence du pus dans le sinus.

2° *Signes de probabilité.* — L. range dans ce second groupe deux signes seulement auxquels il reconnaît très justement une valeur supérieure à celle des précédents : à chacun d'eux il donne le nom de l'auteur qui l'a découvert. C'est ainsi qu'il désigne sous le nom de *signe de Fränkel* le fait de la réapparition rapide du pus préalablement étanché dans le méat moyen, après que le patient a tenu pendant quelques instants la tête fortement inclinée en bas, réservant la désignation de *signe de Heryng* à la mise en évidence de la présence du pus dans l'antre au moyen de l'éclairage électrique de la face par la cavité buccale.

Il met justement en relief les grands services rendus à la clinique par cette dernière méthode et montre que les objections qui lui ont été adressées sont pour la plupart d'ordre théorique.

3° *Signes de certitude.* — Ils sont également au nombre de deux : la ponction exploratrice et le lavage explorateur.

L. préfère justement la seconde méthode pour laquelle il propose un procédé personnel assurément aussi ingénieux qu'il est simple.

Pour éviter un échec résultant de la minime quantité du pus présent dans le sinus au moment de l'opération, L. ponctionne avec un trocart courbe, la paroi du méat inférieur, puis retirant le dard il adapte à la canule une seringue au moyen de laquelle il injecte dans la cavité suspecte quatre ou cinq grammes de liquide aseptique qu'il retire aussitôt par aspiration au moyen de la seringue laissée en place.

L'examen du liquide y révèle ou non l'adjonction du pus.

En terminant son travail L. insiste sur la nécessité, une fois la présence du pus dans le sinus bien établie, de déterminer la nature de la

suppuration, diagnostic complémentaire qui tirera un grand secours de la recherche des espèces bactériennes contenues dans le pus, le jour où de nouvelles recherches auront établi la signification de la présence de tel ou tel microbe au point de vue du pronostic de l'affection. LUC.

**Pourquoi les polypes muqueux des fosses nasales récidivent si souvent après qu'on les a extirpés. Comment peut-on les guérir sans danger de retour?** par le Dr JACQUEMART. *Rev. de laryng.*, 1893, nos 3 et 4.

Les principes de l'auteur sont assurément excellents, mais nous pensons qu'il sont depuis longtemps mis en pratique par les rhinologistes. Ils consistent à fouiller minutieusement toutes les anfractuosités accessibles des cavités nasales pour en extraire toutes les masses myxomateuses pédiculées, à détruire au moyen du galvano-cautère les masses non pédiculées, enfin à maintenir les opérés en surveillance afin de parer à toute menace de récidive. LUC.

**Le nez et l'espace naso-pharyngien dans leurs rapports avec l'asthme,** par le Dr BOCKMANN. Soc. de méd. int. de Berlin, 20 mars 1893, d'après la *Méd. mod.*, 29 mars 1893.

L'auteur rejette l'origine réflexe de l'asthme comme n'étant pas démontrée. Voici sa théorie :

Dans l'occlusion du nez les malades sont forcés de dormir la bouche ouverte. Il en résulte le desséchement de la muqueuse buccale qui se fait sentir successivement dans le larynx, la trachée et jusque dans les bronchioles. Comme conséquence, la résistance de frottement rencontrée par l'air augmente pendant l'inspiration en sorte que le malade doit respirer plus profondément. La même chose a lieu à l'expiration, en sorte que les alvéoles ne se vident pas normalement et qu'il en résulte de l'emphysène pulmonaire et des accès d'asthme.

**Un cas d'empyème de la bulle ethmoïdale,** par le Dr Ch. GORIS, de Bruxelles. *Rev. internat. de rhinol*, etc... 1893, no 8.

Jeune homme de 14 ans, atteint depuis 3 mois d'un écoulement purulent de la narine gauche. L'auteur se fonda sur la translucidité du sinus maxillaire à l'éclairage électrique, sur l'absence de signes locaux dans la région du sinus frontal, sur une forte proéminence du cornet moyen pour diagnostiquer un empyème de la bulle ethmoïdale. Celle-ci fut

ouverte au galvano-cautère. On tomba daus un foyer purulent mesurant un centimètre dans tous sès diamètres.

Deux séances de galvano-cautère suffirent pour détruire définitivement la poche. Guérison absolue consécutive. LUC.

**Ueber Schussverletzungen der Nase und deren Nebenhöhlen. (Des plaies par armes à feu du nez et des cavités nasales accessoires)**, par le Dr MAX SCHEIER, de Berlin. *Berl. klin. Wochenschr.*, 24 avril 1893.

L'auteur rapporte 3 observations intéressantes appartenant à cet ordre de faits.

Premier cas. — Un projectile de petit calibre pénètre à l'extrémité externe de la région sourcilière droite, à 1 centimètre au-dessus du rebord orbitaire. Pas d'orifice de sortie. Consécutivement : amaurose droite complète, anosmie droite complète, anesthésie complète dans le domaine du trijumeau droit avec intégrité du groupe musculaire masticateur.

La constatation de fortes hémorrhagies par la fosse nasale droite porte l'auteur à supposer que le projectile, après avoir traversé l'orbite et lésé le nerf optique s'est arrêté dans le sinus frontal ou dans le labyrinthe ethmoïdal produisant une fracture crânienne dont les éclats ont blessé le nerf olfactif et les rameaux sensibles du trijumeau, au voisinage du ganglion de Gasser.

Deuxième cas. — Un garçon de 18 ans, en jouant avec une cartouche la fait éclater et reçoit la balle au niveau de la lèvre supérieure à droite. On constate que le projectile a défoncé la paroi antérieure du sinus maxillaire, mais n'est pas ressorti. Après hémostase avec de la gaze iodoformée, on explore la plaie osseuse avec une sonde de porcelaine et, celle-ci ayant été noircie, on ouvre largement le sinus avec l'espoir d'extraire le projectile, mais celui-ci, probablement logé dans quelque recoin de l'antre, à une grande profondeur, ne peut être découvert. Cela n'empêche pas la plaie osseuse de se cicatriser complètement à la suite de lavages antiseptiques.

Troisième cas. — Un homme de 23 ans tente de se suicider en se tirant un coup de revolver dans la bouche. Le projectile est rejeté pendant le transport du malade à l'hôpital. Il avait simplement pénétré dans la fosse nasale droite à travers le palais osseux et lésé le cornet inférieur. Le blessé quitta l'hôpital sans consentir à se soumettre à l'opération qu'on lui proposait pour remédier à la perforation palatine. LUC.

## II. — Larynx, trachée

**Les deux modes d'activité du larynx et sa double innervation centrale**, par le Dr Paul Raugé, de Challes. *Arch. de physiologie*, n° 4, 1892.

Avec sa clarté habituelle, R. nous trace dans cet article les différentes phases par lesquelles a passé la question de l'innervation centrale du larynx. Il nous montre les lèvres de la glotte actives, non seulement au moment de leur rapprochement phonatoire, mais aussi au moment de leur écartement inspiratoire qui dépasse de beaucoup, ainsi que l'a établi Semon, l'écartement cadavérique. Cette dualité fonctionnelle de l'organe ne résulte pas d'une action différenciée de ses éléments musculaires ni de ses troncs nerveux, comme le pensait Cl. Bernard : elle dépend de l'existence de deux centres, l'un cérébral régissant la phonation, l'autre bulbaire présidant aux mouvements abducteurs inspiratoires de la glotte.

Au cours de son article, R. passe en revue les divers travaux parus sur la question, depuis les expériences de Le Gallois sur la section des récurrents jusqu'aux travaux de Masini, Krause, Semon et aux observations toutes récentes de paralysies laryngées d'origine centrale. Luc.

**Du pronostic et du traitement de la laryngite simple suffocante chez les jeunes enfants**, par le Dr H. Dauchez (de Paris). *Rev. gén. de clin. et de thérapeut.*, 1892, 30 mars, p. 201.

D. décrit dans cet excellent article les cas de laryngite où la dyspnée après s'être montrée brusquement avec le caractère spasmodique de la forme striduleuse devient continue et suffocante. Cette variété s'observerait principalement chez les enfants au-dessous de 2 ans et très souvent à la suite d'un refroidissement. Tantôt le larynx seul est touché, tantôt il y a bronchite et même broncho-pneumonie concomitante. L'accès de suffocation, précédé d'une période catarrhale marquée par une toux et une dyspnée laryngées légères mais progressives, éclate généralement vers le 3e jour. On n'observe pas d'exsudat pharyngé.

Malgré le caractère menaçant de la dyspnée on ne se pressera pas outre mesure de pratiquer la trachéotomie, d'abord parce qu'il s'agit parfois de très jeunes enfants chez lesquels cette opération est au moins laborieuse, et en outre parce qu'il est habituel de voir la suffocation céder à d'autres moyens plus simples tels que l'application d'une sangsue au devant du cou, les révulsifs, les stimulants diffusibles.

Nous nous étonnons que D. n'ait pas au moins discuté la valeur de l'intubation d'O'Dwyers dans les cas de ce genre. LUC.

**Report of cases in the throat department service of Morris J. Asch, M. D. Surgeon, reported by E. Mayer.** (Faits observés dans le service des maladies de la gorge du Dr Morris J. Asch et recueillis par le Dr E. Mayer.) In *N. Y. Eye and Ear Infirm. Rep.*, vol. I, 1re partie, janvier 1893.

1° *Primary chondritis of the larynx, and report of a case with destruction of the cartilages, tracheotomy, and death seventeen months afterwards. — Un cas de chondrite primitive du larynx, avec destruction des cartilages, trachéotomie, et mort dix-sept mois après.*

M. C..., âgé de 40 ans, est vu pour la première fois en septembre 1884. Il souffre depuis 16 ans d'une raucité de la voix qui a progressivement augmenté pour aboutir un mois avant à une aphonie presque absolue. On constate à l'examen une épiglotte normale, l'aryténoïde gauche très épaissi, la corde vocale gauche visible seulement dans sa partie postérieure qui est très rouge. Rien du côté droit. Le malade n'est ni tuberculeux, ni syphilitique. Le diagnostic de chondrite du larynx, avec poussée aiguë, est confirmé par le Dr Asch qui voit le malade en consultation au mois de novembre 1884. En février 1885, le malade est pris subitement d'une très violente attaque de dyspnée ; le miroir permet de constater que le gonflement a beaucoup augmenté dans la moitié gauche du larynx, et qu'il a gagné le côté droit. Le malade ne respire que par un très petit orifice. Trois jours après, on fait la trachéotomie qui est suivie d'un soulagement notable. Le mois suivant, l'occlusion de la partie supérieure du larynx est complète : on constate à ce niveau un abcès qui s'ouvre spontanément quelques jours après. En septembre 1885, on constate, des deux côtés de la trachée, un gonflement considérable qui ne fait qu'augmenter jusqu'au mois de décembre. Depuis ce moment, jusqu'au mois de juillet 1886, l'état du malade a toujours empiré ; le gonflement a gagné tout le cou, tout le larynx : des abcès se sont formés donnant issue par la bouche, par la trachée, à du pus mélangé de sang, et la mort par épuisement est survenue le 27 juillet, dix-sept mois après l'opération.

A l'autopsie, on constate une grosse masse fongueuse, au-dessus et à gauche de l'orifice trachéal. Le pus rendu pendant la vie provenait de quatre abcès : l'un siégeait le long des parois de la trachée, et descendait jusqu'à la clavicule ; le second, au niveau du 5e anneau de la trachée ; le

troisième occupait le côté droit du corps thyroïde et s'étendait en arrière jusqu'aux muscles prévertébraux ; le quatrième, situé à la partie supérieure, remontait jusqu'à l'os hyoïde. L'ulcération avait envahi les bords de la plaie trachéale. La presque totalité du corps thyroïde était détruite du côté gauche. L'aryténoïde gauche n'existait plus. Le cricoïde était nécrosé. Le processus ulcéreux avait détruit la muqueuse de toute la paroi postérieure du larynx, et avait gagné l'œsophage.

La marche rapide de cette affection n'a permis qu'un traitement palliatif, l'intervention chirurgicale ayant été tout d'abord formellement refusée, et l'extirpation totale du larynx étant devenue par la suite impossible, à cause de l'épuisement du malade.

2° *Congenital occlusion of the right nostril posteriorly by a bony plate, operation, cure. — Occlusion congénitale de la partie postérieure de la narine droite par une lame osseuse : opération, guérison.*

Mlle W. D..., âgée de 17 ans, vient consulter pour une occlusion absolue de la narine droite. Après avoir enlevé au galvano-cautère un épaississement cartilagineux de la cloison qui rendait la rhinoscopie impossible, on constate à deux pouces 1/2 de l'orifice externe l'existence d'une lame osseuse recouverte d'une membrane muqueuse qui obstruait complètement la narine. On mesura alors exactement la longueur de la narine gauche, et après s'être assuré de la position et de la direction de la lame osseuse, on y fit à deux reprises différentes, à un mois de distance, deux larges ouvertures. L'hémorrhagie fut assez abondante, mais facile à arrêter. Les suites opératoires furent parfaites, et quatre mois après l'opération, la malade, qu'on avait priée de venir se soumettre à un nouvel examen, respirait aussi bien d'un côté que de l'autre. Le passage de l'air étant très suffisant, malgré le petit pont osseux qui séparait les deux ouvertures, une nouvelle opération fut jugée inutile. GOULY.

**Some experiments with modified tuberculin. (Quelques expériences avec la tuberculine modifiée)**, par le Dr J. EICHBERG. *Med. News.*, 28 janvier 1893.

Les nombreux insuccès qui ont suivi les injections de tuberculine ont engagé Koch et d'autres observateurs avec lui, à séparer de cette tuberculine les principes qui donnaient lieu à la réaction inflammatoire dont la violence n'a pas peu contribué à jeter le discrédit sur ce nouveau mode de traitement de la tuberculose. Deux fois ces tentatives ont été couronnées de succès, dans le cas de Klebs avec la tuberculocidine, et

dans le cas de Hunter avec le produit auquel il donne le nom de modification B de la tuberculine, et qu'il emploie de préférence à la modification A, CB, etc... Cette modification consiste essentiellement à isoler un groupe d'albuminoses que l'on fait ensuite redissoudre, et que l'on emploie sous la forme diluée. Un c. c. de la solution B á 100/0 est dilué avec 10 c. c. d'une solution phéniquée à 1/20/0. Les expériences de Eichberg ont porté sur 29 cas de tuberculose pulmonaire, un cas de lupus qui n'a pu être suivi, le malade ayant quitté l'hôpital, un cas de péritonite tuberculeuse suivi de guérison complète. Six des tuberculeux sont morts, quatorze ont quitté l'hôpital très améliorés, deux très bien, les autres sont encore en traitement. La dose initiale de l'injection est de 2 milligr., et portée ensuite jusqu'à 10 centigr., dose maxima ; la tolérance s'établit vite et avant d'attendre la dose de 3 centigr., on constate dans nombre de cas une amélioration notable : le malade augmentait de poids, les sueurs nocturnes disparaissaient, l'expectoration était moins abondante, les quintes de toux diminuaient de fréquence et d'intensité. La réaction locale est nulle.

**The treatment of tuberculous laryngitis with modified tuberculin. A preliminary report. (Traitement de la laryngite tuberculeuse par la tuberculine modifiée).** Première communication, par le Dr M. THORNER. In *Med. News.*, 28 janvier 1893.

Les deux malades qui font l'objet de cette communication ont été soumis aux injections de tuberculine, modification B de Hunter, et les bons résultats retirés par Thorner de cette médication l'ont engagé á publier ces deux cas.

OBSERVATION I. — Ch. V..., âgé de 43 ans, tuberculeux, entre á l'hôpital au mois de mai 1892. La toux était continuelle, la voix très rauque, la région du larynx douloureuse, la dyspnée était légère. On constate à l'examen laryngoscopique une congestion considérable de tout le larynx ; la corde vocale gauche avait doublé de volume, sa face inférieure était très infiltrée, sa face supérieure et son bord libre semblaient couverts d'excroissances ; il existait plusieurs ulcérations superficielles au niveau des aryténoïdes. La paroi postérieure était saine. Jusqu'au mois de septembre le traitement local consista en instillations de menthol, en badigeonnages avec l'acide lactique. La première injection de tuberculine modifiée fut faite le 5 septembre ; la dose initiale fut de 2 milligr. ; on l'augmenta tous les jours, et le 8 octobre on injecta dix centigr. L'état général du malade fut toujours bon il n'y eut d'élévation de la tempéra-

-ture que les deux premiers jours. Après la 5e injection la congestion du larynx diminua ; au bout de la troisième semaine l'infiltration de la corde vocale avait beaucoup diminué, les ulcérations superficielles étaient cicatrisées. Le 14 octobre, il ne restait plus qu'une minime partie des excroissances ; la corde vocale était beaucoup plus mobile ; la voix était plus claire.

OBSERVATION II. — Mme E. M. H., âgée de 35 ans, tuberculeuse depuis de longues années, souffrait d'une dysphagie très pénible depuis deux mois. L'épiglotte était très épaissie ; il existait une ulcération jaunâtre au niveau du bord supérieur gauche du larynx, et une hypertrophie considérable des aryténoïdes. La première injection, 2 milligr., fut faite le 27 septembre, et la dose fut portée successivement jusqu'à 35 milligr. L'ulcération se cicatrisa, l'infiltration de l'épiglotte diminua, et la malade put avaler sans difficulté, mais son état général resta sans changement.

GOULY.

**L'intubation laryngée dans le croup de l'adulte,** par le Dr A. BÉCLÈRE (de Paris). *Rev. gén. de clin. et de thérap.*, 8 mars 1893.

B. rapporte l'observation d'une jeune femme atteinte de diphtérie du pharynx généralisée au larynx puis aux bronches, avec symptômes d'intoxication, chez laquelle, en présence de l'insistance de la famille affolée qui réclamait une intervention opératoire, nous fûmes prié de pratiquer l'intubation par la méthode d'O'Dwyer.

Cette opération exécutée au moment de l'apparition des premiers signes de sténose laryngée fut suivie de l'expulsion de fausses membranes volumineuses et procura à la jeune femme, jusqu'à sa mort qui survint le jour même, le soulagement désiré, lui épargnant la douleur de l'opération sanglante.

B. se base sur ce fait pour proclamer la supériorité de l'intubation sur la trachéotomie, dans le croup de l'adulte. LUC.

**A quel moment doit-on pratiquer la trachéotomie chez les enfants atteints de croup ?** par le Dr CARRON DE LA CARRIÈRE. *Rev. gén. de clin. et de thérapeut.*, 8 février 1893.

L'auteur ne se montre pas partisan de la trachéotomie hâtive. En lui donnant la préférence, dit-il, on s'expose à opérer des enfants qui auraient pu guérir sans opération. Faite tardivement l'opération n'offrirait pas plus de dangers que quand elle est pratiquée plus tôt (?).

Pour le *moment* de l'opération, C. est d'avis de se baser plutôt sur

le tirage que sur les accès de suffocation. Le tirage existe-il depuis quelques heures, sans menacer la vie de l'enfant et sans augmenter, on doit attendre. Si au contraire il est progressif depuis plusieurs heures, s'il est sus-et sous-sternal, si les premiers symptômes d'asphyxie apparaissent, il faut opérer et c'est le moment de choix. Si enfin, les accès de suffocation ayant commencé à se produire, le tirage est nul ou modéré dans leur intervalle, il faut attendre, car il est exceptionnel que l'accès mette par lui-même la vie en danger immédiat. LUC.

**A case of tumor of the larynx. (Un cas de tumeur du larynx)**, par le Dr H.-L. SWAIN. In *N.-Y. med. Journ.*, 4 mars 1893.

Observation d'un homme de cinquante ans souffrant depuis un an d'une raucité progressive de la voix; l'aphonie était complète depuis une semaine; le malade avait de la dyspnée et accusait une sensation de corps étranger flottant dans le larynx. A l'examen on constate remplissant toute la glotte une énorme tumeur de consistance dure, très mobile, attachée par un petit pédicule un peu au-dessus de la commissure antérieure des cordes vocales; celles-ci étaient complètement masquées. Après plusieurs tentatives infructueuses d'extraction au moyen des pinces, l'auteur se servit de l'anse froide, et réussit à extirper la tumeur. L'hémorrhagie fut légère; les cordes vocales étaient intactes. Deux mois après, il y eut une légère récidive traitée de la même manière. Les résultats obtenus furent des plus satisfaisants, et deux ans plus tard, il n'y avait pas trace de récidive. La tumeur était un fibro-myxome. GOULY.

**Due casi di crup cronico. (Deux cas de croup chronique)**, par le Dr EGIDI de Rome. *Arch. ital. di Laringol.*, janvier 1893, p. 18.

Après un court résumé historique de la question, E. rappelle que Cadet de Gassicourt a proposé de diviser les cas connus de croup chronique en 3 catégories : 1° croup prolongé et guéri sans opération; 2° croup prolongé avant l'opération; 3e croup prolongé après l'opération. C'est dans cette dernière catégorie que rentrent les deux faits rapportés par l'auteur.

Le premier se rapporte à un enfant de 5 ans chez qui l'on dut pratiquer l'intubation pour un croup d'emblée, les parents se refusant à la trachéotomie. Les fausses membranes expulsées par le tube furent examinées par le Dr Concetti qui y constata la présence du bacille de Lœffler. L'expulsion spontanée des fausses membranes persista pendant près de 40 jours.

Le 15 mars 1892, près de 4 mois après la première intubation, l'enfant ne pouvait encore se passer du tube et le laryngoscope montrait la muqueuse laryngée rouge et gonflée et encore recouverte de fausses membranes. Quelques fragments de ces dernières ayant été extraites au moyen d'une curette, on n'y constata plus le bacille de Lœffler mais on y nota d'autres micro-organismes parmi lesquels prédominait un diplocoque qui se montra pathogène sur les pigeons.

Dans la seconde observation, il s'agit d'une fillette âgée aussi de 5 ans, chez qui l'on pratiqua la trachéotomie, au 3e jour d'un croup non précédé de diphtérie pharyngienne. Les membranes expulsées pendant l'opération renfermaient le bacille de Lœffler.

Au 46e jour après l'opération, bien que le larynx renfermât encore des fausses membranes, les parents exigèrent le retrait de la canule et on laissa se refermer la plaie. A ce moment l'examen des fragments de membranes extraits au moyen d'une curette donna le même résultat que le deuxième pratiqué chez l'enfant précédent.

Cependant l'asphyxie devenant menaçante et les parents se refusant à la réouverture de la plaie trachéale, l'auteur pratiqua l'intubation (cela se passait 3 mois après le début de la maladie). On obtint ainsi le soulagement désiré, mais, 5 jours plus tard, le tube fut expulsé dans une quinte de toux et l'enfant succomba au bout de quelques secondes. LUC.

**Foreign body in the larynx.** (**Corps étranger dans le larynx**), par le Dr P. WATSON WILLIAMS, de Bristol. *Brit. med. Journ.*, 8 avril 1893.

Homme de 30 ans. Une pièce de monnaie (half a sovereign) tenue dans la bouche pénètra accidentellement dans le larynx, causant une sensation de gêne mais fort peu de dyspnée. L'examen laryngoscopique montra la pièce enclavée transversalement entre les cordes vocales supérieures et inférieures, ses bords occupant par conséquent les ventricules de Morgagni. Elle laissait entre elle et la paroi aryténoïdienne un espace mince mais suffisant pour la respiration.

Ainsi fixé, le corps étranger ne se prêtait guère à aucune manœuvre d'extraction par les voies naturelles, aussi, dans la crainte de le faire tomber dans la trachée, l'auteur administra du chloroforme au malade, dans la pensée de lui pratiquer la trachéotomie.

Or il arriva qu'un effort survenu pendant la première période de la chloroformisation dégagea la pièce de monnaie qui, à la faveur de la position inclinée de la tête, s'échappa par la bouche. LUC.

**Tuberculose der behaarten Haut der Unterkinngegend neben Larynx tuberculose.** (**Tuberculose de la région cutanée poilue sous-maxillaire dans le cours d'une tuberculose laryngée**), par le professeur HEINRICH KOEBNER, de Berlin. *Berl. klin. Wochenschr.*, 8 mai 1893.

Homme de 43 ans. Cinq ans après les premiers signes d'une tuberculose laryngée, apparition, à une distance de 3 centimètres du rebord maxillaire inférieur, à droite de la ligne médiane, d'une ulcération ayant les dimensions d'une pièce d'argent de 5 marks, et offrant tous les caractères objectifs d'une lésion tuberculeuse. L'examen microscopique d'un fragment du bord de l'ulcération confirma cette interprétation. Il y avait un engorgement prononcé des ganglions cervicaux et sous-maxillaires voisins. LUC.

**Des paralysies du larynx envisagées comme symptôme précoce de tabes**, par le Dr GRABOWER. Communicat. à la Soc. de méd. de Berlin, 26 avril et 3 mai 1893, d'après la *Sem. méd.*, 10 mai.

Il s'agit d'un homme de 41 ans, qui, il y a quelque temps, alla consulter l'auteur pour une paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs. Celui-ci n'hésita pas à diagnostiquer un commencement de tabes et l'événement justifia cette opinion.

En effet, au moment où G. fit sa communication, la sensibilité des membres inférieurs avait diminué, il y avait de la thermo-anesthésie et le réflexe rotulien était très affaibli.

**Injections intra-trachéales d'huile créosotée**, par le Dr DE LA JARRIGE. Communicat. à la Soc. de biologie, 18 février 1893.

L'auteur propose, comme moyen d'administration de la créosote aux tuberculeux, l'injection directe dans la trachée d'un liquide ainsi composé :

| | |
|---|---|
| Huile stérilisée à 115° | 100 gr. |
| Menthol | 10 |
| Créosote | 5 |

au moyen d'une seringue pourvue d'une canule en gomme très longue et recourbée introduite jusqu'au delà de la glotte sous le contrôle du miroir.

LUC.

## III. — Pharynx

**Traitement abortif de l'esquinancie**, par le Dr Ch. Liegeois (de Bainville-aux-Saules). *Rev. gén. de clin. et thérap.*, 1893, 22 fév.

Se fondant sur ce que, dans un cas donné d'esquinancie, il est difficile de déterminer si l'infection est de cause externe ou interne, L. conseille d'agir d'après les deux hypothèses, c'est-à-dire de cautériser l'amygdale, et de réaliser l'antiseptie intestinale. La première indication est remplie par un badigeonnage au moyen d'une solution glycérinée de chlorure de zinc à 1/20 ; la seconde par une dose quotidienne de 4 gr. de salol répétée pendant les 2 ou 3 premiers jours. Luc.

**L'infection dans les amygdalites aiguës**, par le Dr Ch. Eloy. *Rev. gén. de clin. et thérap.*, 27 fév. 1892.

Après avoir montré que la notion des amygdalites infectieuses remonte à Lasègue, c'est-à-dire à une époque pré-bactériologique, et rappelé les travaux récents fondés sur la bactériologie qui ont donné à nos connaissances, sur cette question, une base scientifique, E. trace un substantiel tableau de cette variété d'amygdalites qui se caractérise cliniquement par une période d'incubation, par une marche cyclique, par l'adjonction aux phénomènes nerveux d'un état général grave, enfin par l'apparition de manifestations morbides dans des organes éloignés (foie, rate, rein) et bactériologiquement par la présence d'espèces microbiennes diverses dans les produits exsudatifs (streptocoques, staphylocoques, pneumocoques).

Comme traitement il conseille l'antisepsie locale et interne.

Luc.

**Diagnosi e cura dell'ascesso retrofaringeo idiopato nei Bambini. (Diagnostic et traitement de l'abcès rétro-pharyngien idiopathique chez les enfants)**, par le prof. Massei, de Naples. *Archiv. ital. di Laringol.*, avril 1893.

. . . . . .

L'auteur préfère l'ouverture par la bouche à l'incision extérieure. Il admet toutefois que cette dernière méthode pourrait être indiquée dans les cas où l'abcès s'accompagne de sténose laryngée grave et offrirait alors l'avantage d'épargner au malade la trachéotomie préventive.

Luc.

**Opérations préliminaires dans le traitement des tumeurs naso-pharyngiennes**, par le Dr QUENU. Communication à la *Soc. de chirurgie*, 26 avril 1893.

Ce travail se termine par les conclusions suivantes :

1° Les opérations préliminaires, ligature ou trachéotomie, sont inutiles dans les résections des maxillaires supérieurs ou dans l'hémisection du maxillaire inférieur;

2° La ligature des deux carotides externes me semble une opération rationnelle avec l'ablation de certains polypes naso-pharyngiens, dont on a reconnu la vascularité; cela au point de vue de l'hémostase;

3° La trachéotomie préventive me paraît indiquée dans certains cas de tumeurs naso-pharyngiennes ou de certaines tumeurs du voile du palais s'accompagnant de troubles respiratoires pendant le sommeil :

4° La trachéotomie préventive est très recommandable associée à la ligature de la carotide externe dans les opérations pour cancers étendus de la langue et du plancher de la bouche, non afin de sauvegarder la respiration pendant l'acte opératoire, mais pour isoler les voies pulmonaires d'un foyer de contamination.

**Ueber die Bedeutung der diphtherischen Membranen in Bezug auf die Therapie. (De l'importance des fausses membranes diphtéritiques au point de vue thérapeutique)**, par le professeur M. J. OERTEL, de Munich. In *Berl. klin. Wochenschr.*, 1893, nos 13 et 14.

Un double mécanisme préside d'après l'auteur au développement des fausses membranes sur les muqueuses. Tantôt en effet les couennes sont le résultat du dépôt des germes infectieux sur l'épithélium : elles naissent alors de dehors en dedans ; tantôt au contraire elles résultent de l'extension secondaire à l'épithélium de foyers primitivement formés dans la profondeur des tissus. Tout l'article d'O. se résume en un parallèle entre ces deux variétés.

Dans le premier cas, on observe, comme première manifestation de la maladie, l'apparition, à la surface de la muqueuse simplement congestionnée, de dépôts blanchâtres d'abord discrets, disséminés, puis se fusionnant, pour constituer une nape saillante, plus ou moins étendue, progressant par l'adjonction à ses bords de nouveaux dépôts qui jouent le rôle d'avant-coureurs dans l'invasion des parties primitivement respectées. Ce n'est que secondairement que s'opère l'invasion des tissus sous-jacents. La fausse membrane ainsi formée peut être détachée de la muqueuse sans

écoulement de sang : elle n'entraîne avec elle que l'épithélium. Celui-ci entre en effet dans sa constitution, avec adjonction de leucocytes, de bactéries variées et de fibrine coagulée.

Dans la seconde forme, l'affection s'accuse tout d'abord cliniquement par un gonflement œdémateux de la muqueuse dont la rougeur translucide est bientôt troublée et comme salie par l'apparition d'une tache grisâtre indistincte, correspondant à la formation du foyer diphtéritique dans la profondeur des tissus. La tache en question devient de plus en plus nette, au fur et à mesure que le foyer se rapproche de la surface. Finalement celui-ci gagne l'épithélium par sa face profonde, en pénètre les éléments et la fausse membrane *secondaire* se trouve constituée.

Il va de soi qu'une différence aussi profonde dans le mécanisme de la formation de la fausse membrane en entraîne une non moins grande dans le résultat que l'on est autorisé à attendre du traitement local, suivant que l'on aura affaire à l'une ou l'autre variété.

Dans le premier cas, on aura de grandes chances d'enrayer le processus sur place par une médication suffisamment énergique et précocement instituée. Aux gargarismes et même aux badigeonnages l'auteur donne la préférence aux pulvérisations antiseptiques (solution phéniquée à 2 ou 5 pour 100) qui présentent, d'après lui, sur les badigeonnages, l'avantage d'une action prolongée et étendue aux parties encore respectées, en réalité ou en apparence. Il insiste effectivement sur la présence fréquente des germes infectieux sur des points de la muqueuse qui ne montrent encore aucune modification appréciable à l'œil nu.

Bien différentes sont les conditions des malades atteints de la seconde variété de fausses membranes, puisque, chez eux, ces dernières se ravitaillent pour ainsi dire par la profondeur des tissus et que leur présence même n'est que l'expression de l'intoxication de l'organisme.

L'impuissance du traitement local, si énergique qu'il soit, en pareil cas, impuissance concevable a priori, n'est que trop confirmée par l'expérience clinique. Aussi l'auteur est-il d'avis qu'on s'abstienne des cautérisations chimiques ou ignées qui n'aboutissent qu'à la formation de foyers nouveaux et le rôle de l'antisepsie lui paraît-il borné à prévenir les infections septiques secondaires par pénétration de bactéries diverses dans le foyer primitivement diphtéritique. LUC.

**Lymphosarcome de l'amygdale**, par le Dr Raymond Johnson. Communicat. à la *Clinical Society* de Londres, 10 mars 1893. (D'après le *Bulletin méd.*, 22 mars 1893.)

L'auteur rapporte l'observation d'une malade de cinquante-trois ans atteinte d'un lymphosarcome de l'amygdale qu'il enleva le 20 juin 1892, en même temps que des ganglions hypertrophiés, par une incision faite sur la partie latérale du cou, après ligature de la carotide externe. La tumeur qui siégeait dans l'amygdale gauche était de forme ovalaire.

L'incision faite par J. s'étendait depuis le lobule de l'oreille jusqu'à l'os hyoïde ; de là partait une seconde incision qui allait rejoindre le bord antérieur du sterno-mastoïdien. Les ganglions hypertrophiés furent facilement disséqués et enlevés, et la carotide externe ligaturée au-dessous de l'origine de l'artère linguale; puis la partie latérale du pharynx fut mise à nu et le sarcome enlevé en même temps qu'un peu du tissu sain qui l'entourait. Il n'y eut pas d'hémorrhagie.

L'incision cutanée fut suturée et un drain fut placé à la partie inférieure de la plaie. On n'essaya pas de suturer l'incision pharyngienne.

La malade fut nourrie par le rectum pendant deux jours. Les suites de l'opération furent très simples ; il y eut seulement un peu de suppuration à la partie inférieure de la plaie.

La malade dut subir une seconde opération au commencement de juillet (on lui enleva quelques ganglions sterno-mastoïdiens malades) ; elle quitta l'hôpital le 23 juillet.

Il n'y a actuellement aucune trace de récidive dans le pharynx; on sent cependant quelques ganglions dans la région du cou. L'état général est bon.

J. estime que l'incision qu'il a faite et la ligature de la carotide externe permettent d'enlever, sans danger d'hémorrhagie, une tumeur située dans la région de l'amygdale. Il estime que son procédé est préférable à la trachéotomie préventive ou à l'ablation avec le thermo-cautère.

**Diagnostic de la diphtérie**, par Bourges. *Méd. mod.*, 29 sept. 1892.

L'auteur étudie dans cet article le diagnostic de la diphtérie pharyngée d'avec le muguet, l'hydroa, la stomatite ulcéro-membraneuse, l'angine pultacée, l'herpès, etc. Il consacre aussi quelques lignes au diagnostic de certaines complications de la diphtérie, plus ou moins difficiles à reconnaître (myocardite, paralysies, érythèmes.) La dernière partie de son travail plus originale, traite des fausses diphtéries. Sous ce terme, B.

entend les fausses membranes ne renfermant pas le bacille de Loeffler. Tantôt il s'agit d'angines pseudo-membraneuses primitives telles qu'en ont décrites Roux et Yersin, Ménétrier, Netter ; tantôt il s'agit de manifestations secondaires, survenant dans le cours des maladies infectieuses : telles sont les angines pseudo-membraneuses du début de la scarlatine et aussi les dépôts pseudo-membraneux observés sur la muqueuse utérine et vulvo-vaginale dans certaines infections puerpérales.

B. range encore dans les fausses diphtéries les fausses membranes qui se développent assez fréquemment à la surface des syphilides secondaires, enfin la stomatite diphtéroïde étudiée par Sevestre et Gastou chez les enfants débilités.

Dans tous les cas, mais, tout principalement en présence des fausses diphtéries primitives du pharynx et du larynx, l'examen bactériologique des fausses membranes constituera le meilleur élément de diagnostic.

LUC.

**Tonsillotomy, with an analysis of 230 cases. (Amygdalotomie avec une analyse de 230 cas)**, par G. HUNTER MACKENSIE, d'Edimbourg. *Brit. med. Journ.*, 25 mars 1893.

Plaidoyer en faveur de l'opération en question. Sur un total de 230 amygdalotomies pratiquées aux âges les plus divers, neuf fois avec anesthésie générale chloroformique et, dans la plupart des cas, après une insensibilisation locale avec la cocaïne, l'auteur n'a pas observé un seul exemple d'hémorrhagie grave. Il croit que l'on évitera presque sûrement cet accident en respectant avec l'instrument tranchant les piliers et le voile du palais.

Chez tous les sujets, cette opération combinée avec l'ablation des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal, quand il y avait coexistence de ces néoplasmes, a donné d'excellents résultats généraux et locaux. LUC.

**Cancers des amygdales. Procédés opératoires**, par le Dr H. DURET, professeur de clinique chirurgicale. In *Journal des sciences médicales de Lille.*

L'auteur rappelle d'abord la description de Castex qui décrit trois modes de début du cancer amygdalien : la forme pharyngienne, la forme auriculaire et la forme ganglionnaire. A la période d'état, l'épithélioma de l'amygdale se présente sous les formes *cavitaire, fissurique* ou *polypeuse.*

Le Dr Duret a eu l'occasion d'observer ces trois formes dans trois

observations qu'il rapporte dans son travail. Au point de vue clinique, il insiste sur l'importance du toucher pharyngien qui, mieux que l'inspection, permet d'apprécier les limites du néoplasme et, par conséquent, fixe le choix et l'étendue de l'opération. En outre, la recherche des hypertrophies ganglionnaires doit être minutieuse. Pendant longtemps, l'engorgement reste limité ordinairement au *ganglion angulaire* qui se présente sous la forme d'une petite boule dure et roulant sous les doigts. Quand l'affection a dépassé la région angulaire, les résultats de l'intervention, au point de vue d'une récidive, deviennent très douteux.

L'épithélioma amygdalien doit être opéré, à condition que l'ulcération ne dépasse pas notablement la loge amygdalienne, et que la tumeur ait conservé sa mobilité sur les parties profondes. Il faut en outre que la tumeur sous-maxillaire soit encore mobile latéralement et verticalement sur les parties profondes.

Il existe deux voies pour l'ablation d'amygdales cancéreuses : la voie naturelle ou orale, et la voie artificielle, dans laquelle le chirurgien, à l'aide d'une opération préliminaire, met plus largement à découvert l'amygdale située profondément.

Par la première méthode, on excise largement à petits coups de thermocautère la glande malade, en maintenant la bouche du patient largement ouverte à l'aide d'un écarteur des mâchoires de Larrey, placé entre les molaires du côté opposé à la glande cancéreuse : la langue est attirée fortement en dehors au moyen de deux pinces de Museux.

Plusieurs méthodes pour l'ablation par la voie artificielle ont été proposées. L'auteur en présente une nouvelle. Son procédé consiste à tailler un large lambeau en V, descendant jusqu'à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur du cou, et comprenant dans son épaisseur la branche montante du maxillaire et les muscles qui y sont attachés. Ce procédé permet d'extirper complètement les ganglions infectés ; le maxillaire est scié à deux centimètres en avant du masséter ; au même point, les parties molles sont incisées, et par ce vaste hiatus, on aperçoit aisément la partie la plus reculée du bord de la langue et tout l'isthme du gosier. Après l'extirpation de la tumeur, l'os est suturé, ainsi que les parties molles.

MENDEL.

## IV. — Oreilles

**A new method of inflating the tympanum. (Nouvelle méthode pour insuffler de l'air dans la cavité tympanique)**, par le Dr T. Pagan Lowe. *Brit. med. Journ.*, 25 février 1893, p. 405.

La méthode en question n'est qu'une variante du procédé de Politzer consistant à pratiquer l'insufflation tandis que le patient arrête sa respiration à la fin d'une profonde inspiration et maintient les lèvres pressées l'une contre l'autre. Luc.

**Vibratory massage of the middle ear by means of the telephone. (Massage vibratoire de l'oreille moyenne, par le téléphone)**, par le Dr Harold Wilson. In *N. Y. med. Journ.*, 25 février 1893, p. 221.

L'auteur a appliqué cette méthode à cinq malades atteints d'ostéite sèche.

Trois parurent éprouver une diminution de leurs bourdonnements. Chez aucun il n'y eut d'amélioration de l'ouïe.

Luc.

**Ouverture de la caisse tympanique par la méthode de Kuster.** Clinique du professeur Politzer, recueillie par M. Pierre Maurel. *Rev. de laryng.*, 1893, nº 5, p. 161.

L'opération en question consiste, comme on le sait, après décollement du pavillon, incision du conduit membraneux au voisinage de la membrane tympanique et décollement du périoste mastoïdien, à ouvrir les cellules mastoïdiennes, puis à abattre le pont osseux qui les sépare de la cavité tympanique, en respectant sa portion inférieure qui renferme le nerf facial. On met ainsi largement au jour la région supérieure et postérieure de l'oreille moyenne et l'on peut facilement opérer l'élimination des fongosités, des séquestres osseux et des masses cholestéatomateuses qui entretenaient la suppuration de la région. Ce curettage une fois pratiqué, la brèche osseuse est tamponnée avec de la gaze iodoformée, les extrémités de la plaie cutanée sont réunies par des points de suture et un drain du calibre d'une plume d'oie est maintenu dans le conduit auditif pour assurer la conservation de son calibre.

Politzer a appliqué cette méthode avec succès à un malade chez qui l'extraction du marteau, puis la trépanation de l'aphophyse mastoïde n'a-

vaient pu avoir raison d'une otorrhée fétide entretenue par des granulations et des cholestéatomes de l'attique.

P. recommande pour cette opération l'emploi d'une petite lampe électrique, la lumière du jour ne suffisant pas pour éclairer ce champ opératoire aussi étroit que profond.

**Diphtheritic paralysis with temporary absolute deafness. (Paralysie diphtéritique avec surdité absolue temporaire)**, par le Dr HOWARD H. TOOTH. In *Brit. med. Journ.*, 11 mars 1893.

Enfant de cinq ans. Une quinzaine de jours après la guérison d'une diphtérie pharyngo-nasale accompagnée d'albuminurie, apparition d'une surdité double complète, avec perte de la perception osseuse, au milieu de diverses manifestations paralytiques (parésie du voile du palais, incertitude de la marche, perte du réflexe rotulien). Retour de l'audition d'abord dans l'oreille droite, puis dans l'oreille gauche, dans l'espace du mois suivant.

En absence de tout examen otoscopique (?), l'auteur se fonde sur l'apparition de la surdité quinze jours après la disparition de toute lésion naso-pharyngée, sur son intensité et sur la perte de la perception osseuse, enfin sur la coexistence d'autres paralysies, pour repousser l'hypothèse de lésions inflammatoires des oreilles moyennes et admettre une névrite post-diphtéritique des nerfs auditifs.

LUC.

**Contribution à l'étude des abcès intra-crâniens d'origine otique. Anatomie pathologique. Pathogénie. Traitement**, par les Drs L. PICQUÉ et CH. FÉVRIER. In *Annales des maladies de l'oreille, du larynx*, etc., déc. 1892.

Beaucoup plus nombreux qu'on ne le croyait jusqu'à une époque relativement récente, et cela en raison de la connaissance insuffisante de cette complication des otites suppurées, les abcès intra-crâniens peuvent être considérés aujourd'hui comme relevant, dans plus de la moitié des cas, d'une origine otique. Notablement plus fréquents chez les adultes, frappant plus souvent les hommes que les femmes, ces abcès peuvent être divisés en deux grands groupes :

1° Abcès extra-dure-mériens.

2° Abcès encéphaliques proprement dits.

L'abcès *extra-dure-mérien* est toujours secondaire, et peut être associé à un abcès des lobes et du cervelet auquel il sert de point de

départ. Il évolue d'une façon variable. Tantôt il y a une sorte de défense spontanée, par un épaississement de la dure-mère, qu'on rencontre fréquemment à la suite d'otorrhée chronique. Tantôt, soit par insuffisance de cet épaississement, soit par perforation à la suite de ramollissement ou de mortification de la méninge, le pus fait irruption dans la cavité arachnoïdienne, et produit la méningite purulente. La méningite aiguë peut aussi n'être que le résultat de l'extension du processus infectieux par invasion microbienne intense.

Les *abcès encéphaliques* ont deux sièges de prédilection, les lobes temporaux et le cervelet. Les abcès cérébraux sont plus fréquents que les abcès cérébelleux. Généralement uniques, ces abcès sont de volume variable, souvent assez volumineux, contenant un pus tantôt jaunâtre, crémeux, tantôt verdâtre, fétide ; ils sont, dans la grande majorité des cas, enkystés par une membrane limitante, nette qui arrête leur accroissement et retarde le moment de la rupture de la poche. La marche de ces abcès est progressive. Leur cavité s'agrandit. Les parois de la poche s'amincissent et la rupture peut se faire soit dans la cavité de l'arachnoïde, soit dans les ventricules latéraux.

Dans l'immense majorité des cas, c'est à la suite d'otorrhées anciennes que ces abcès se développent, et leur pathogénie est facile à expliquer par l'extension du processus infectieux parti de la caisse ou de ses dépendances, et atteignant le cerveau soit par continuité de tissus, soit par la voie veineuse ou lymphatique.

L'intervention opératoire est le seul traitement ; les auteurs conseillent d'ouvrir l'apophyse mastoïde suivant les règles établies par Ricard et de combiner cette ouverture avec celle du crâne par le procédé de Wheleer, Dans la plupart des cas, il sera indispensable de pratiquer une nouvelle couronne de trépan, variable de siège selon les troubles psycho-moteurs observés, en s'appuyant sur les règles opératoires bien connues aujourd'hui. GOULY.

**De la résection large du rocher dans le traitement de la carie de cet os,** par le Dr CHAPUT, de Paris. *Rev. internat. de rhinologie,* etc., 10 mars 1893.

Ch. cite dans cet intéressant travail trois cas de carie étendue du rocher dans lesquels il réussit par de larges résections osseuses à réaliser l'élimination de toutes les parties affectées.

Dans les observations 2 et 3, cette résection porta sur toute l'étendue de la paroi supérieure du conduit auditif et de la caisse ; dans l'observa-

tion 3, l'apophyse mastoïde fut en outre attaquée au ciseau et largement ouverte.

Enfin, chez la malade de l'observation 1, l'étendue des lésions exigea des sacrifices beaucoup plus grands encore : après avoir pratiqué une grande incision courbe encadrant le pavillon, sauf à sa partie antéro-inférieure, décollé et abaissé en avant le pavillon et le conduit membraneux, puis dénudé par rugination la surface du temporal, en avant, jusqu'à la cavité glénoïdienne, en arrière jusqu'au bord postérieur de la mastoïde, en bas jusqu'à la base crânienne et en haut jusqu'à une distance de 1 centimètre 1/2 du conduit, l'opérateur pratiqua avec la gouge et le maillet la résection de toutes les parois du conduit auditif, mettant à nu, en arrière, le sinus latéral, en haut la dure-mère, et abattant inférieurement d'un seul coup de ciseau *un fragment qui comprenait le trou stylo-mastoïdien, l'apophyse styloïde, la crête vaginale, une partie du pourtour du golfe de la jugulaire et du trou carotidien et enfin l'épine du sphénoïde.* Cet éclatement de la portion inférieure de l'os entraîna (on ne saurait s'en étonner) l'arrachement du nerf facial. En outre, vers la fin de l'opération, dans une tentative d'isolement du sinus latéral en avant, un gros affluent diploïque fut ouvert à son embouchure, d'où résulta une hémorrhagie veineuse « effrayante » dont on eut heureusement raison par un tamponnement au salol.

La malade ayant malgré tout parfaitement guéri, et sa guérison s'étant maintenue jusqu'au moment de la publication de l'observation (4 mois après l'opération), il est bien dûment établi par la hardie intervention de Ch. que *la résection de la presque totalité de l'os temporal est réalisable sur le vivant.*

Chez les trois malades de Ch. l'étendue des délabrements osseux qui entraîna (dans les trois cas) la blessure du facial se trouva justifiée par la découverte de séquestres et de fongosités, au contact de la face externe de la dure-mère, créant une menace de méningite à courte échéance.

Nous croyons néanmoins que de pareilles interventions doivent être considérées comme répondant à des faits *exceptionnels* et que, dans la majorité des cas de carie étendue des cavités tympano-mastoïdiennes, en raison du siège habituel des lésions dans la région postéro-supérieure de l'oreille moyenne, l'opération de Stacke combinée ou non à l'ouverture mastoïdienne, avec résection du pont osseux intermédiaire, opération aujourd'hui bien réglée qui permet d'éviter à coup sûr la lésion du facial donnera à l'opérateur un jour suffisant pour réaliser un curettage radical de toutes les portions osseuses envahies par l'ostéite fongueuse nécrosique.

Le travail de Ch. est accompagné de plusieurs croquis qui donnent une idée très claire des divers temps de la *résection large* imaginée par lui. LUC.

**Otitis media purulenta following amputation of the uvula. (Otite moyenne suppurée consécutive à l'excision de la luette)**, par le Dr W. C. BRAISLIN. In *N. Y. Med. Journ.*, 4 mars 1893, p. 237.

Un homme de 35 ans, tuberculeux, vient consulter au mois de juin 1892, pour des quintes de toux qui l'épuisaient par leur fréquence et leur intensité, et dont la violence augmentait encore quand il se couchait : Après examen de la gorge, l'auteur conclut que ces accidents étaient provoqués par un allongement considérable de la luette, et, en effet, l'excision de cet appendice amena chez le malade un soulagement immédiat. Mais, trois mois après, se déclarait une otite moyenne suppurée donnant issue par deux perforations, situées en avant et en arrière du manche du marteau, à un pus abondant et crémeux. Au bout d'un mois de traitement sans résultat le malade refusa de continuer à se laisser soigner.

Il est bien probable, dit B. que c'est à l'excision de la luette qu'est due l'otite moyenne suppurée dont l'origine tuberculeuse ne pouvait être mise en doute, et cela parce que à la suite de cette petite opération il y a eu suppression des contractions des muscles releveurs du voile du palais, et par cela même un champ beaucoup plus ouvert pour l'introduction dans les trompes des produits tuberculeux expulsés par la toux.

GOULY.

**Funf Fälle von otitischen Hirnabscessen nebst kurzer Beschreibung der otitischen Hirnabscesse im Allgemeinen. (Cinq cas d'abcès cérébraux d'origine auriculaire avec une description sommaire de ces abcès en général)**, par TH. HEYMAN, de Varsovie. In *Zeitschr. f. Ohrenheilk.* XXIII Bd. 2, 3 et 4 Hefte.

Sur ce total de cinq cas le diagnostic ne put être posé à temps que 3 fois ; 2 fois, l'existence de l'abcès ne fut reconnue qu'au moment de sa rupture spontanée. Dans la 3e observation, on se méprit sur le siège de la lésion : on avait cru à un abcès de l'hémisphère cérébral et l'autopsie révéla un abcès cérébelleux.

Ce qui ressort surtout de la lecture de ces faits, c'est l'extrême diversité des manifestations cliniques de l'abcès cérébral, diversité qui ne contribue pas peu à rendre le diagnostic épineux. Tandis, en effet, que les malades 1, 2 et 5 présentèrent des symptômes assez significatifs, pour

permettre un diagnostic précoce, le cas 3 offrit l'évolution d'une méningite et le cas 4 celui d'une otite moyenne suppurée aiguë compliquée d'abcès mastoïdien. Chez le 2e malade, la fièvre présentait le type nettement intermittent, chez le 1er elle fit complètement défaut, chez le 3e et le 4e elle ne s'alluma qu'après la rupture du foyer, chez le 5e enfin, elle manqua jusqu'au moment où survinrent les complications post-opératoires. La céphalalgie fit défaut dans les faits 4 et 5. Elle fut notée dans les autres, mais ne se montra caractéristique de l'abcès cérébral que dans l'observation 3. L'auteur insiste beaucoup sur la possibilité de l'absence complète de céphalalgie et de fièvre pendant l'évolution de l'abcès du cerveau. Le ralentissement du pouls a été constaté chez les malades 1, 2 et 5. Dans tous les cas, on a noté des vomissements et un épuisement général. Le fond de l'œil s'est toujours montré normal. Nous relevons encore les symptômes suivants : inappétence (1, 2, 3, 5), constipation (2, 3, 4) tremblement de la langue (1, 2, 3), amaigrissement considérable (1, 5) ; chez tous les malades, symptômes de foyer à la période terminale : ptosis (1), blépharospasme (1, 2), mydriase (1, 2, 5), inégalité pupillaire (1, 5), parésie ou paralysie faciale, du côté correspondant à l'abcès et dépendant par conséquent de la lésion auriculaire (1, 2. 5). Dans toutes les observations on nota, plus ou moins tôt ou tard, et d'une façon plus ou moins nette, des contractions, des convulsions, des anesthésies locales, une augmentation ou une diminution des réflexes cutanés ou articulaires.

Chez 3 malades (1, 2, 3) l'abcès siégeait à droite, 2 fois dans l'hémisphère cérébral (1, 2), 1 fois (3) dans l'hémisphère cérébelleux.

Chez les 2 autres malades, il occupait l'hémisphère cérébral gauche. Dans un cas (2), il y avait deux abcès.

Chez les malades 2 et 3, l'abcès se compliqua de thrombo-phlébite, chez les malades 3 et 4, de collection purulente entre la dure-mère et le rocher.

Deux fois (2, 3) la mort fut la conséquence de l'ouverture de l'abcès dans la cavité crânienne, une fois (4) dans un ventricule latéral ; une fois (1) elle fut causée par l'œdème cérébral ; enfin chez le malade 5, elle s'expliqua par l'encéphalo-méningite consécutive à l'intervention opératoire. Dans les cinq observations on trouva l'abcès encapsulé et son contenu fétide.

L'intervention chirurgicale donne à la 5e observation un intérêt tout spécial.

Le malade, un fantassin de 24 ans, souffrait depuis deux ans d'un écou-

lement de l'oreille gauche. Malgré l'absence de céphalalgie et de fièvre on put porter le diagnostic *abcès cérébral* en s'appuyant sur un ensemble de symptômes significatifs : vomissements, parésie des membres du côté droit, diminution de la sensibilité sur une partie de la peau des mêmes membres, état demi-comateux. L'opération fut décidée et exécutée lors de l'apparition de ce dernier symptôme et, la constatation de lésions osseuses au niveau du *tegmen tympani* ayant permis de présumer que l'abcès siégeait dans le lobe temporal, c'est cette portion de l'hémisphère cérébral gauche qui fut mise à découvert, en suivant les règles opératoires bien déterminées aujourd'hui. Le tissu cérébral s'étant montré d'une teinte jaune pâle et ramolli, on y enfonça un bistouri à une profondeur de 4 centimètres, mais, le tassement de la substance cérébrale s'opposant à l'issue de tout liquide, on substitua au bistouri une sonde rigide par laquelle s'écoulèrent 60 grammes de pus verdâtre, fluide et très fétide.

Le doigt introduit dans la cavité de l'abcès permit de lui reconnaître les dimensions d'un œuf d'oie et de constater qu'il s'étendait en haut par des prolongements anfractueux, vers le lobe frontal. Inférieurement, on sentait le rocher non dénudé d'ailleurs.

La cavité de l'abcès fut bourrée de gaze iodoformée et la plaie fut suturée, sauf à sa partie inférieure pour laquelle on laissa ressortir la gaze servant au tamponnement.

Cette intervention fut suivie d'un retour passager de l'intelligence. Presque aussitôt la fièvre s'alluma et le malade tomba dans un état comateux qui se termina par la mort au bout de 5 jours.

A l'autopsie l'hémisphère cérébral gauche, à l'exception de l'extrémité antérieure du lobe frontal et de l'extrémité postérieure du lobe occipital, se montra transformé en une bouillie rougeâtre limitée par une épaisse capsule. L'auteur reconnaît d'ailleurs en toute sincérité que l'action du bistouri et surtout de la sonde et du doigt sur la substance cérébrale mérite peut-être d'être incriminée dans la pathogénie de cette encéphalite ultime.

La seconde partie du travail d'Heyman est consacrée à l'étude des abcès cérébraux d'origine auriculaire en général. Le lecteur y trouvera résumée en quelques pages une description très claire et très complète de cette grave complication des suppurations de l'oreille. LUC.

**Sulla chirurgia operativa dell' orecchio medio. (De la chirurgie opératoire de l'oreille moyenne)**, par le professeur E. DE ROSSI (de Rome). In *Archivio italiano di Otol.*, etc., avril 1893.

On pourrait désirer dans l'exposition de ce travail plus d'ordre et de méthode, mais il est incontestable qu'il est basé sur une longue expérience et inspiré par un très sage esprit clinique.

L'auteur commence par rapporter cinq observations de suppuration de l'attique où l'extraction du marteau eut pour conséquence, non seulement le tarissement immédiat du pus, mais encore une diminution très notable de la distance auditive.

Après avoir rappelé les premières tentatives opératoires de Schwartze, de Lucœ, de Kessel, sur l'oreille moyenne, R. nous apprend que dès l'année 1876, il pratiquait sur les malades de sa clinique la désarticulation incudo-stapédienne dans les cas où l'immobilisation de l'étrier paraissait la conséquence de l'ankylose du marteau avec l'enclume, qu'il s'agît là d'une lésion post-suppurative ou d'un processus primitivement scléreux (otite sèche).

Pour le diagnostic de cette ankylose, il n'attache pas plus de valeur à la méthode de Bing qu'à celle proposée par Schwartze (épreuve de la miringotomie). Il considère comme un signe plus important la non rétraction du manche du marteau, soit qu'on le voie pendre au milieu d'une vaste perforation, alors que les parties conservées de la membrane ont subi la rétraction en question, soit que la membrane étant intacte (otite sèche), on constate, de chaque côté du manche martellaire non rétracté, une dépression de cette membrane, sous forme d'une double fossette.

L'ankylose incudo-martellaire une fois admise, l'auteur conseille de ne recourir à la désarticulation incudo-stapédienne que dans les conditions suivantes :

Quand l'audition n'est pas complètement abolie pour le langage chuchoté tout près du pavillon, alors que le diapason vertex est mieux perçu par l'oreille sourde ou la plus sourde, et que les sons aigus sont mieux entendus que les sons graves.

L'auteur consacre ensuite quelques pages à la suppuration de l'attique. Il pense que l'isolement du foyer d'avec le reste de la cavité tympanique n'est qu'un phénomène secondaire dû à des adhérences inflammatoires. Il considère, qu'en pareil cas, pour peu que la suppuration résiste aux moyens simples, l'extraction du marteau *carié ou non* s'impose, l'ablation de cet osselet entraînant comme conséquence l'ouverture large du

foyer qui devient accessible au drainage et à la désinfection. L'extraction de l'enclume n'est au contraire indiquée que si l'on a des raisons de soupçonner la carie de cet osselet, et ici R. rappelle les éléments de diagnostic proposés par Grunert. Cette extraction, l'auteur reconnaît qu'elle n'est pas toujours facile. Il arrive souvent que l'enclume luxée se loge au voisinage de l'autre mastoïdien et ne puisse être saisie. Ce petit accident n'aurait d'ailleurs qu'une légère influence retardante sur la guérison.

Dans une autre partie de son travail, R. entre dans des considérations où nous ne le suivrons pas sur la structure des deux premiers osselets, où il croit voir l'explication de la plus fréquente carie de l'enclume. Il étudie aussi histologiquement le processus qui préside à leur carie. Il distingue à ce processus deux formes: l'une évoluerait primitivement au niveau du périoste, l'autre tirerait son origine des vaisseaux sanguins profonds ou médullaires de ces osselets.

Le lecteur trouvera enfin dans la dernière partie du travail de R. d'excellents conseils pratiques sur le manuel opératoire de l'extraction du marteau et de l'enclume et sur l'instrumentation nécessaire pour exécuter ces opérations. Le procédé de Stacke est l'objet d'une courte et très claire description. LUC.

**Stacke's Operationsmethode zur Freilegung der Mittelohrräume während des ersten Jahres ihrer Anwendung in der Ohrenklinik zu Halle a-S. vom 14 januar 1891 bis 14 januar 1892. (L'opération de Stacke pour l'ouverture large des cavités de l'oreille moyenne durant la première année de sa mise en pratique à la clinique otologique de Halle, du 14 janvier 1891 au 14 janvier 1892),** par le Dr RUDOLF PANSE, médecin assistant de la clinique. *Archiv. für Orenheilk.*, XXXIV Bd, 4 Heft. S. 248.

Très important travail s'appuyant sur une grande pratique de l'opération en question, puisque la statistique sur laquelle il est basé ne comprend pas moins de 69 opérations, dont 12 consistant dans la simple ouverture de l'attique et les 57 autres dans cette même ouverture combinée avec celle de l'antre mastoïdien et de l'aditus.

Disons-le tout de suite: ce qui ressort de la lecture du compte rendu résumé de ce vaste ensemble d'interventions opératoires, c'est que rarement la simple ouverture de l'attique donne le résultat radical que l'on poursuit. L'auteur ne l'a, en effet, obtenu que deux fois, sur douze malades ainsi traités. Il l'a au contraire obtenu trente et une fois sur les cinquante-sept sujets dont les cavités mastoïdiennes avaient été simultanément

ouvertes. Remarquons d'ailleurs que plusieurs malades de la seconde catégorie figurent déjà comme non guéris, dans la première.

Au cours de sa pratique, P. est arrivé à apporter au manuel opératoire de l'opération de Stacke un certain nombre de modifications qui nous paraissent constituer la partie la plus intéressante de son article.

Tout d'abord il ne commence plus son incision cutanée tout à fait aussi en avant que l'avait tout d'abord prescrit Stacke, et, au lieu de sectionner le muscle releveur du pavillon, le fascia temporalis et le muscle temporal, il se contente de les repousser en avant. Il évite ainsi les accidents de nécrose consécutifs, d'après lui, aux nombreuses ligatures vasculaires nécessitées par la section de ces parties. Il évite en outre, en respectant le muscle releveur du pavillon, le défaut de symétrie des deux oreilles observé chez la plupart des sujets opérés suivant la méthode primitive.

Ayant remarqué chez plusieurs de ses premiers opérés une mortification plus ou moins étendue du conduit auditif membraneux, P. a attribué cet accident au fait de décoller la totalité de l'entonnoir cutano-périostique et de le rejeter complètement au dehors, pendant l'opération. Remis en place, l'entonnoir en question récupère difficilement ses attaches premières ainsi que ses éléments nutritifs. Aussi, P. se contente-t-il aujourd'hui de décoller sa paroi postérieure et s'abstient-il de l'extraire du conduit osseux, malgré l'incontestable diminution consécutive du champ opératoire.

Quand il s'agit d'abattre la paroi externe de l'attique, il évite de se servir du « protecteur » de Stacke, trouvant que cet instrument expose à l'ouverture du tegmen de la caisse. Il prétend éviter toute blessure des parties profondes en maniant la gouge et le maillet par petits coups et avec circonspection.

Convaincu de l'avantage qu'il y a à fermer primitivement la grande plaie cutanée rétro-auriculaire et par conséquent à se donner par le conduit auditif un vaste champ de surveillance et d'action sur la large brèche osseuse qui vient d'être pratiquée, quand on a simultanément mis au jour l'attique, l'aditus et l'autre mastoïdien, P. a adopté le principe du lambeau de Stacke, taillé, comme on le sait, aux dépens de la paroi postérieure du conduit auditif cutané, mais, trouvant que l'application de ce lambeau sur le tissu spongieux mastoïdien, où quelques foyers suppuratifs ont pu passer inaperçus, expose au décollement ultérieur de ce lambeau, avec réapparition de la suppuration apparemment tarie, il a modifié cet important détail de l'opération d'une façon ingénieuse, que nous allons chercher à exposer le plus clairement possible :

Le lambeau quadrangulaire comme dans le procédé de Stacke est limité en haut par une incision pratiquée à la partie postéro-supérieure, en bas par une incision pratiquée à la partie postèro-inférieure du conduit, en dedans par la section du même conduit au voisinage de la membrane tympanique. En dehors le lambeau reste adhérent au pavillon, ce qui permet de respecter une artère nourricière importante. Or, c'est autour de ce bord externe vertical et adhérent que le lambeau va tourner d'avant en arrière et de dedans en dehors comme une porte autour de ses gonds pour être appliqué par sa face saignante contre la face profonde également saignante des deux lambeaux de la grande incision rétro-auriculaire. Pour ce faire, l'aiguille munie du fil à suture pénètre d'abord le lambeau postérieur de la plaie rétro-auriculaire, y compris son périoste, puis, marchant de dedans en dehors, elle transperce le lambeau provenant du conduit par sa face cutanée et aussitôt le lambeau antérieur de la plaie rétro-auriculaire, par sa face profonde. Deux points de suture appliqués de cette façon assurent le maintien des parties en place et l'adhésion des surfaces sanglantes adossées est rapidement obtenue. Dans ces conditions, on peut, au moyen du spéculum introduit dans le conduit auditif, contrôler l'état de tous les points de la vaste brèche osseuse effectuée, à l'exception de la région de la trompe qui n'est d'ailleurs jamais envahie par la carie.

Comme Stacke et tous les auteurs qui ont reproduit sa méthode, P. insiste sur la nécessité du tamponnement post-opératoire *complet*, c'est-à-dire, s'étendant à toutes les anfractuosités de la perte de substance osseuse. Il est d'avis de ne pas laisser le premier tamponnement plus de trois jours, en place, puis de le renouveler tous les deux jours et bientôt tous les jours et de détruire soigneusement, mécaniquement ou chimiquement, les fongosités exubérantes qui tendent à encombrer le conduit auditif.

Au bout d'une quinzaine de jours, quand on est parvenu à réprimer la formation de ces fongosités, on constate que la cavité opératoire est également tapissée par un tissu granuleux auquel tend à se substituer progressivement une couche d'épiderme jeune ayant son point de départ dans l'épiderme du conduit auditif. Le travail de P. est accompagné d'un schéma donnant une idée très nette du procédé de taille du lambeau proposé par lui. Nous pensons avoir donné ici à nos lecteurs les points essentiels de cet important article, mais nous croyons devoir les renvoyer à l'original pour une foule de détails pratiques très utiles, mais impossibles à reproduire dans une simple analyse. Nous croyons aussi qu'ils pourront

faire leur profit de la lecture des nombreuses observations annexées à ce travail, ou tout au moins du tableau synoptique qui les résume de la façon la plus claire. LUC.

# BIBLIOGRAPHIE

**Des microbes de l'oreille**, par le Dr A. MARTHA, G. Steinheil, Paris, 1893.

Après une complète revue des travaux antérieurement publiés sur la question, M. donne le résultat de ses recherches personnelles, n'ayant pas porté sur moins de 50 malades. Dans la plupart des cas, l'examen a porté sur le produit de suppurations aiguës ou, le plus souvent, chroniques de l'oreille moyenne. Chez quelques sujets, le tympan était intact et les microbes ont été recherchés et trouvés soit dans le liquide provenant d'un eczéma du conduit, soit à la surface de bouchons cérumineux.

Les examens de l'auteur lui ont fait rencontrer les espèces microbiennes les plus diverses. Deux fois il a trouvé, dans le pus provenant de l'oreille moyenne, le *bacille pyocyanique* à l'état de pureté. Bien qu'il n'ait pu, à l'aide de ces cultures pures, reproduire expérimentalement la suppuration de la caisse du tympan chez les animaux, M. ne croit pas devoir mettre en doute le pouvoir pathogène du microbe en question, la production artificielle de l'otite moyenne suppurée dans les organismes sains, à l'aide des cultures des microbes les plus incontestablement pathogènes, étant toujours difficile à réaliser.

En raison de la grande diversité d'espèces microbiennes rencontrées par lui et de l'absence de rapports appréciables entre telle ou telle espèce et la gravité de l'affection, M. est amené à mettre en doute la valeur des tentatives de classification des suppurations de l'oreille moyenne en *otite à streptocoque, otite à staphylocoque, otite à pneumocoque*.

Ces formes cliniques ne seraient légitimées, d'après lui, ni par la marche, ni par les symptômes, ni par les complications de la maladie : certaines otites moyennes graves ne contenant que des *staphylocoques* (les microbes les moins virulents d'après Netter), tandis que les *streptocoques* (dont la présence serait, d'après ce dernier auteur, liée aux formes les plus graves) peuvent se montrer en grand nombre dans un simple bouchon cérumineux.

Préoccupé de tirer de ces recherches des conclusions pratiques, M. a eu l'excellente idée de ne pas limiter ses investigations aux organes sains ou malades, mais de les étendre aux instruments ou objets de pansement plus ou moins mal désinfectés et usités dans la pratique courante; et cela n'a pas été sans profit.

C'est ainsi que, sur des otoscopes simplement essuyés, il a trouvé des *streptocoques* et des *bacilles pyocyaniques*, sur des otoscopes trempés dans une solution antiseptique et essuyés, de gros bacilles douteux, le *proteus vulgaris*, le *staphylocoque*. Seuls les otoscopes flambés après lavage se sont montrés indemnes de microbes.

De ces intéressantes constatations l'auteur tire d'excellents préceptes relativement à l'asepsie en otologie.

Nous ne saurions trop recommander à nos collègues la lecture de ce court et substantiel travail qui par son double intérêt spéculatif et pratique justifie pleinement la récompense décernée à son auteur par l'Académie de médecine.

LUC.

**La maladie et la mort de François II, roi de France**, par le Dr POTIQUET.

Dans cet agréable petit livre, d'un style élégant et plein d'humour, M. Potiquet s'est attaché à démontrer que François II était atteint de végétations adénoïdes; ces végétations amenèrent, comme c'est leur coutume, une otite moyenne suppurée, laquelle à son tour se compliqua d'une méningo-encéphalite, cause directe de la mort du jeune roi.

Après un exposé de la question destiné aux gens du monde, l'auteur met à contribution les auteurs, les historiens, les artistes du XVIe siècle: les correspondances royales elles-mêmes lui fournissent quelques indices pour son intéressante enquête.

Il est démontré que le petit roi ne se mouchait ni ne crachait, qu'il avait constamment la bouche ouverte, qu'il avait l'oreille dure, qu'il était triste et peu éveillé. Suivant A. d'Aubigné: « le roi était de ceux qu'on appelle mal-nez, ne se purgeant ni par le nez ni par la bouche, laquelle il portait ouverte pour prendre son vent, dont se forma un abscez à l'oreille ».

François II mourut à dix-sept ans, atteint d'une maladie cérébrale qui se traduisit par une céphalalgie intense, du délire et du coma.

Le tout est exposé si clairement et avec une telle abondance d'arguments qu'on est entraîné à partager l'opinion de M. Potiquet.

MENDEL.

**Beiträge zur Entwicklungsgeschichte des Mittelohres und des Trommelfells des Menschen und der Säugethiere. (Contribution à l'étude du développement de l'oreille moyenne et de la membrane du tympan chez l'homme et chez les mammifères)**, par le Dr ROBERT DREYFUSS, de Strasbourg. *Verlag von Gustav Fischer*, in Iéna.

Ce savant travail de notre ami R. Dreyfuss, primitivement publié dans le deuxième volume des *travaux morphologiques* de Schwalbe, vient de paraître à part, sous forme d'un livret in-octavo d'une soixantaine de pages, enrichi de 21 figures.

Après une substantielle revue des travaux antérieurement parus sur ce sujet, l'auteur donne le résultat de ses recherches sur des embryons de cobayes de 22 et de 26 jours, sur des embryons de lapins de 15, 16, 17 et 20 jours, sur des embryons de moutons, enfin sur des embryons humains d'âges également très différents. Il termine sa monographie par un examen comparatif de ses résultats et de ceux des auteurs qui l'ont précédé.

Nous n'entreprendrons pas d'analyser ici ce livre, fruit de longues années d'études, ne nous sentant pas la compétence nécessaire pour pouvoir suivre l'auteur sur ce terrain de l'embryologie pure et discuter le résultat de ses recherches.

Nous renonçons d'ailleurs d'autant plus volontiers à entreprendre cette tâche que l'auteur a bien voulu faire paraître l'an dernier dans ce journal (1) une note préliminaire représentant un résumé de son présent travail et à laquelle nous ne saurions mieux faire que de renvoyer nos lecteurs. LUC.

**Phtisies pulmonaires et laryngées. Résultats cliniques obtenus en une année de traitement des tuberculoses par l'emploi intensif de l'iode métalloïde en combinaison organique instable associé à des phosphates physiologiques et en inhalations**, par MM. CADIER et L. JOLLY.

C. et J. ont obtenu une amélioration sensible de l'état général et local de leurs malades (femmes présentant des lésions tuberculeuses laryngo-pulmonaires au premier et au second degré), en leur administrant jusqu'à 40 centigr. par jour d'iode, sous forme de pilules contenant chacune 25 milligr. de ce métalloïde combiné à 10 centigr. d'extrait de

(1) *Archives de laryngologie*, 1892, p. 274.

noyer et 4 milligr. de phosphate de fer, et, sous forme de vin renfermant, par cuillerée à potage, 25 milligr. d'iode et 10 centigr. de phospho-glycérate de potasse. Comme complément de ce traitement, et pour obtenir sur les lésions laryngo-pulmonaires une action plus directe de l'iode, ils ont eu, en outre, recours à des inhalations d'air ayant traversé un mélange d'iode, d'alcool et d'essence de térébenthine. LUC.

**Sur une nouvelle méthode de traitement chirurgical de l'hypertrophie tonsillaire (méthode de Ruault)**, par LOUIS MALLEY. Thèse de Paris, 1893.

Après avoir énuméré rapidement les signes de l'hypertrophie amygdalienne, l'auteur passe en revue les différentes méthodes de traitement qui ont été successivement opposées à cette affection.

Après avoir décrit la section des amygdales au moyen du bistouri et des ciseaux, M. Malley passe à l'amygdalotomie et à l'excision à l'aide du galvano-cautère. De toutes ces méthodes d'ablation rapide des glandes, la meilleure et la plus sûre, tant au point de vue de la perfection de l'opération que de la faible abondance de l'écoulement sanguin, serait l'ablation aux ciseaux. Cette conclusion inattendue est, croyons-nous, de nature à surprendre la plupart des médecins, qui avaient cru trouver dans l'amygdalotome un instrument plus pratique et plus commode que les ciseaux.

Puis, M. Malley examine les méthodes dites lentes, parmi lesquelles il cite la galvano-puncture, l'ignipuncture, la discission et enfin la méthode de M. Ruault, à savoir : ablations partielles successives par morcellement, suivies d'applications iodées immédiates.

Le morcellement est pratiqué au moyen d'une puissante pince emporte-pièce construite sur les indications de M. Ruault. En deux séances de ce morcellement suivi d'applications sur les surfaces cruentées de la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Iode..... | 1 gr. |
| Iodure de potassium..... | 1 gr. |
| Eau distillée..... | 6 à 8 gr. |

on obtient une rétraction remarquable de l'amygdale. MENDEL.

**De la mycose leptothrixique pharyngée**, par le Dr ALBERT COLIN. Thèse de Paris, G. Steinheil, 1893.

Bonne thèse, où, après un historique de cette question peu connue en dehors de la spécialité, l'auteur donne la description clinique de cette

singulière affection. La mycose pharyngée se présente sous trois aspects différents. Tantôt, ce sont, parsemés çà et là, de petits points blanchâtres de la grosseur d'un grain de millet, d'autres un peu plus gros, pointus et résistants, faisant une légère saillie au-dessus de la surface de la muqueuse; tantôt ces points saillants s'assemblent et forment des îlots dont la surface est hérissée d'un grand nombre de petites piques; tantôt enfin, la mycose leptothrixique se présente sous l'aspect de petites taches d'un blanc jaunâtre qui ont parfois été confondues avec des plaques diphtéritiques.

L'affection prend généralement naissance au niveau du tissu adénoïde du pharynx buccal (amygdales, base de la langue, parois latérales du pharyux). Elle est causée par la production et l'accumulation de filaments de leptothrix qui s'implantent dans la couche épithéliale.

Le traitement conseillé par M. Colin est l'ablation aussi complète que possible des productions leptothrixiques et le badigeonnage avec la solution iodo-iodurée, seule ou associée au chlorure de zinc. En même temps, on conseillera l'usage du tabac à fumer.

L'étude histologique de la question due à M. le professeur Cornil, ajoute encore à l'intérêt de ce travail. MENDEL.

---

# VARIA

Notre collègue le Dr Max Thorner, de Cincinnati, nous prie d'annoncer à nos lecteurs que le *Pan-American medical Congress* aura lieu, cette année, du 4 au 8 septembre avec les nominations suivantes comme présidents et secrétaires pour les sections de laryngolo-rhinologie et d'otologie.

SECTION DE LARYNGOLOGIE ET DE RHINOLOGIE

*Président* : Dr E. FLETCHER INGALS, de Chicago.

*Secrétaires pour les États-Unis* : Dr F. MORRIS MURRAY de Washington (pour la langue anglaise). — Dr J. MARON Y ALONSO, de Las Vegas, N. M..., pour la langue espagnole.

SECTION D'OTOLOGIE

*Président* : Dr C. M. HOBBY, d'Iowa City, Iowa.

*Secrétaires pour les États-Unis* : Dr MAX THORNER, de Cincinnati (pour la langue anglaise). — Dr H. MAC HATTON, de Macon, Ga. (pour la langue espagnole).

# OUVRAGES REÇUS

1° *Beiträge zur Entwicklungsgeschichte des Mittelohres und des Trommelfells des Menschen und der Säugethiere*, par le Dr Robert Dreyfuss, de Strasbourg.

2° *El histerismo y las zonas histerógenas de la mucosa nasal*, par le Dr José Roquer y Casadesus, de Barcelone.

3° *Datos sobre el tratamiento del cancer laringeo*, par le même.

4° *Zur Behandlung der para-auricülaren Abscesse und der acuten Mittelohreiterung*, par le Dr Ziem, de Dantzig.

5° *Du massage vibratoire appliqué à l'oto-rhino-laryngologie*, par le Dr F. Felici.

6° *Ueber Durchleuchtung des Auges*, par le Dr Ziem, de Dantzig.

7° *La dernière phase de l'éclairage électrique dans le diagnostic de l'empyème maxillaire*, par le même.

8° *De l'iritis d'origine nasale*, par le même.

9° *De l'empyème latent du sinus frontal*, par le Dr L. Lichtwitz, de Bordeaux.

10° *Sur la physiologie normale et pathologique des muscles du larynx*, par le Dr Paul Raugé, de Challes.

11° *Les deux modes d'activité du larynx et sa double innervation centrale*, par le même.

12° *Contribucion al raspado de la caja en la otorrea crónica*, par le Dr Ramon Castaneda.

13° *Rheumatic throat affections*, par le Dr Max Thorner, de Cincinnati.

14° *Contributo alla rinite pseudomembranacea*, par le professeur Pietro Masucci.

15° *Dermatol zur Nachbehandlung nach galvanokaustichen Operationen in der Nase*, par le Dr Ed. Aronsohn, d'Ems.

16° *Sur une nouvelle méthode du traitement chirurgical de l'hypertrophie tonsillaire (méthode de Ruault)*, par le Dr Louis Malley.

*Le Gérant :* G. Steinheil.

IMRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ARCHIVES INTERNATIONALES
DE
LARYNGOLOGIE, DE RHINOLOGIE
ET
D'OTOLOGIE

FACULTÉ DE MÉDECINE

## TRAVAUX ORIGINAUX

### GUÉRISON CHIRURGICALE D'UN ABCÈS CÉRÉBRAL SUITE D'OTITE MOYENNE

Par le Dr **Max Scheier** (de Berlin).

Depuis la communication de Truckenbrodt (1) en 1885 sur le premier cas de Schede, — guérison durable d'un abcès cérébral suite d'otite moyenne chronique, au moyen d'une opération, — divers autres auteurs ont rapporté des cas analogues suivis de succès. Déjà en 1888, dans son ouvrage intitulé « *Traitement chirurgical des maladies du cerveau* », von Bergmann put citer huit cas de guérison : l'un tiré de sa pratique personnelle, et six autres de celle des chirurgiens anglais.

A ces huit observations, Braun (2) put en ajouter deux autres tirées de la littérature médicale ancienne (Morand, 1751 et Le Roux, 1844), et un dernier emprunté à la clinique du professeur Schwartz. La littérature de ces deux dernières années m'a donné neuf autres cas, de sorte qu'au total on peut citer vingt observations d'abcès cérébraux d'origine auriculaire guéris définitivement par la trépanation.

Il me paraît donc intéressant de publier un autre cas

(1) Truckenbrodt. *Zeitschr. f. Ohrenheilk.* Bd XV, p. 186.
(2) Braun. *Archiv. f. Ohrenheilkunde.* Bd XXIX, p. 161.

d'abcès cérébral d'origine otique, observé à la station chirurgicale de l'hôpital municipal d'Urban à Berlin et opéré avec succès par M. le directeur Körte.

Le sieur Kammler, émailleur, âgé de 19 ans, se plaignait depuis six ans d'un écoulement de pus par l'oreille droite. Cet écoulement, dont il ne peut préciser l'origine, aurait été très abondant au début, mais se serait complètement arrêté dans les dernières années. L'audition à droite s'est affaiblie peu à peu, et, autant que le malade se souvienne, il n'entend presque pas s'il se bouche l'oreille gauche : cette situation date de plusieurs années. Depuis trois semaines la suppuration de l'oreille droite a reparu brusquement, depuis trois jours elle est plus forte et fétide, et on observe des douleurs de tête, de la fièvre et de la constipation. Un médecin consulté envoya ce malade à l'hôpital comme typhique, le 10 mai 1891.

A son arrivée, le malade, qui paraît assez robuste, est légèrement prostré et donne des réponses peu claires. Il se plaint d'une violente céphalalgie et d'un grand sentiment de chaleur. Température de 40°, pouls 120 et régulier. Aucun trouble des mouvements des membres; les pupilles sont égales et réagissent à la lumière. Les muscles de l'œil se meuvent normalement. On constate à l'oreille droite une suppuration abondante et fétide. Après avoir nettoyé le conduit auditif, on observe une grande perforation occupant la région postérieure, supérieure et inférieure de la membrane : la caisse est remplie de pus. A l'extérieur, on ne voit rien de particulier au niveau de l'apophyse mastoïde droite; mais la pression en ce point est fort douloureuse. L'examen de l'audition ne donne aucun résultat sérieux, car le malade ne fait aucune réponse nette. Le lendemain, la somnolence augmente, apathie presque complète; le malade reste l'occiput appliqué sur l'oreiller. On constate une légère raideur du cou. Le jour suivant la pression est douloureuse tout autour de l'apophyse. Le pouls est irrégulier et accéléré ; la température est de 39°,6 ; aucune paralysie des nerfs crâniens. Les extrémités supérieures et inférieures se meuvent bien : la sensibilité est conservée, on note une légère hyperesthésie.

D'après cet état, les conclusions suivantes s'imposent : abcès de l'apophyse mastoïde et des régions voisines, avec menace de propagation aux méninges, ou peut-être propagation déjà effectuée. La somnolence croissante, la raideur du cou, l'irrégularité du pouls font admettre une méningite généralisée : il n'y a aucun signe en faveur d'un abcès localisé

du cerveau ; et dans le cas de méningite, on n'aurait rien à attendre d'une intervention opératoire. Cependant il fut décidé qu'on trépanerait l'apophyse pour en évacuer le pus : cette opération eut lieu le 12 mai.

Après avoir lavé et rasé la moitié droite du crâne, on endormit le malade avec le chloroforme ; puis, on incisa les parties molles parallèlement à l'insertion du pavillon, dans une longueur de 5 centimètres. Les parties molles et le périoste sont intacts. Après une large ouverture des cellules mastoïdiennes, on put constater que le pus fétide arrivait dans l'os par un petit orifice. L'os fut enlevé jusqu'à la dure-mère et on put ainsi mettre à jour un foyer purulent situé entre cette membrane et l'os. La dure-mère était jaune verdâtre et couverte d'épais dépôts fibrineux. On put découvrir le sinus transverse dans le champ opératoire. Une ponction prudente permet de constater que le sinus ne contient pas de thrombus suppuré, mais qu'un sang liquide y circule. L'incision cutanée fut alors agrandie en arrière circulairement; la peau et le périoste refoulés des deux côtés, et au moyen d'un fin ciseau on creusa dans l'os un sillon de la grandeur d'une pièce de cinq marcs : cela fait, tout le fragment osseux est soulevé à l'aide d'une tige métallique insinuée entre la dure-mère et l'os. Dans toute cette étendue la dure-mère présente une nuance gris verdâtre sale, et se recouvre de dépôts épais ; on note de plus une pulsation sensible. Au moyen du ciseau-pince de Luer, on enlève des fragments osseux dans toutes les directions : en haut, en bas, vers la protubérance occipitale externe, jusqu'à ce qu'on arrive aux limites des lésions de la dure-mère.

La perte de substance osseuse est alors très importante. Elle intéresse, le point de jonction du pariétal, de l'occipital et du temporal, ainsi que la portion voisine de l'occipital et l'angle mastoïdien du pariétal. La plaie osseuse est située à 6 centimètres en arrière du conduit auditif externe; dans sa partie supérieure le bord de cette face osseuse n'est distant que de cinq centimètres du conduit.

Comme la dure-mère présente partout des pulsations normales, on s'abstient de l'inciser ; toute la cavité est lavée avec une solution de thymol à 10/00, saupoudrée d'iodoforme, tamponnée avec de la gaze iodoformée. Les bords supérieur et inférieur de la plaie sont réunis par quelques points de suture. Pansement occlusif. Quatre heures après l'opération, la température qui s'était élevé à 39°,6, descendait à 37,3°, le lendemain, le malade était en complète connaissance. Son pouls battait régulièrement 80 pulsations. La raideur du cou cessait pour disparaître complètement le 14 mai. Le pansement fut renouvelé tous les trois jours.

Le 24 mai, je constatai l'état suivant : la dure-mère n'est plus exposée que dans un espace du diamètre d'un thaler ; elle est recouverte de granulations de bonne nature et animée de pulsations visibles; la suppuration de l'oreille a complètement cessé depuis les derniers jours. Le malade peut se promener. L'intelligence est nette. Pourtant par moments elle paraît légèrement troublée, le malade fait des réponses dépourvues de sens, pleure et crie sans raison.

Ce qui me surprend aussi, dans ces derniers jours, c'est que le malade demande constamment du pain ; il avale d'énormes quantités de viande, et cependant il se plaint d'avoir faim et de ne pas avoir à manger. La soif n'est pas augmentée. Ni sucre, ni albumine dans l'urine.

27 mai. Jusque-là, la plaie avait eu un bon aspect et se rétrécissait, quand, en renouvelant le pansement, nous vîmes une quantité de pus fétide s'écouler de la plaie de haut en bas, paraissant provenir de son bord supérieur. Au moyen de la sonde on arrive entre la dure-mère et l'os, exploration qui provoque la sortie plus abondante du pus. Le malade, depuis la première opération, n'a jamais eu d'élévation de la température, son pouls a toujours été régulier, sans accélération. L'état général est bon, malgré l'augmentation de l'appétit ; aucune paralysie. Le fond de l'œil ne présente rien d'anormal : pas d'hémianopsie. Néanmoins, on put admettre qu'un nouvel abcès extra-dure-mérien s'était formé, et le malade fut de nouveau conduit à la salle d'opération.

Sous le chloroforme, les bords de la plaie cutanée, qui s'étaient déjà fortement unis à la dure-mère en furent séparés, et les granulations furent grattées. Puis, à un travers de doigt au-dessus du conduit auditif externe et perpendiculairement à la plaie provenant de la première opération, on pratiqua une incision de 6 centimètres de longueur, dans la direction de la protubérance occipitale : les lèvres de cette incision sont rabattues en haut et en bas. Dans la partie supérieure, la dure-mère présente la même couleur vert sale que précédemment ; on agrandit la plaie osseuse vers le haut dans une étendue de 2 centimètres environ, et l'on arrive enfin à un endroit où la dure-mère est tendre et non pulsatile. En ce point, on ponctionne cette membrane et l'on retire du pus. Après incision de la dure-mère, on constate la présence d'un abcès cérébral du volume d'un œuf de poule, et contenant environ une cuillerée à soupe de pus fétide.

La situation exacte de l'abcès se trouve déterminée par le point de rencontre de deux lignes, dont la première va de la tubérosité frontale droite à la protubérance occipitale du même côté, tandis que la seconde passant

à un travers de doigt en arrière de l'apophyse mastoïde droite va rejoindre perpendiculairement la première ligne tracée. Ce point correspond exactement à une région située entre le lobe occipital et le lobe pariétal.

Après l'évacuation du pus, on vit de nouveau la dure-mère agitée de pulsations manifestes. La cavité de l'abcès fut lavée légèrement avec une solution de lysol à 1 0/0, on y plaça un drain long de 3 centimètres : ce dernier fut entouré lâchement de gaze iodoformée ; enfin, on appliqua un pansement humide.

Ce pansement fut renouvelé chaque jour, dans les premiers jours ; le 6e jour, le drain fut raccourci et complètement supprimé le 10e jour. On n'observa pas de hernie du cerveau. Après cette seconde opération, l'appétit exagéré du malade se modéra brusquement, et cet homme qui présentait une attitude maussade et larmoyante, reprit un aspect gai et intelligent. Le 20 juin, la surface granuleuse de la plaie était réduite au diamètre d'une pièce de 5 francs ; et à partir du milieu de juillet, on la pansa avec un onguent au nitrate d'argent ainsi composé : Nitrate d'argent, 0,2 ; baume du Pérou, 1 ; oxyde de zinc, 9. Enfin, à la fin du mois d'août, le patient put sortir guéri de l'hôpital. Il perçoit à droite le tic-tac de la montre à 15 centimètres ; l'oreille gauche est normale. Le tympan du côté droit est détruit sauf dans sa partie antéro-supérieure. La courte apophyse est conservée. La muqueuse de la caisse est un peu gonflée, complètement sèche, ne présentant pas une goutte de pus. L'os s'est régénéré complètement, sauf en un point où la lacune osseuse répond au diamètre d'un thaler. Le malade ne veut pas se soumettre à une opération ostéo-plastique : il devra porter constamment sur ce point une lamelle protectrice en gutta-percha. Il s'est représenté plusieurs fois à l'hôpital : la deuxième fois il y a quelques jours (décembre 1892). Il est parfaitement guéri, capable de travailler, et son intelligence est normale.

Si nous résumons cette observation, nous trouvons un malade atteint d'otite moyenne chronique, devenue aiguë quelques jours avant son entrée à l'hôpital. D'après l'état du patient avant l'opération, on devait conclure à une rétention de pus dans la caisse et dans l'apophyse ; on pouvait se demander si le processus n'avait pas envahi la cavité crânienne. L'opération montra que le pus avait perforé le tegmen tympani et provoqué l'apparition d'une poche purulente extra-méningée de grande étendue.

Malgré une large ouverture crânienne, le pus pénétra dans la profondeur et alla se collecter en un point de l'écorce cérébrale éloigné du foyer primitif de l'abcès ; et il est à noter que dans notre cas nous n'observâmes aucun symptôme propre à nous faire découvrir l'abcès cérébral. Le pouls et la température restaient normaux ; l'état général était bon. Après la seconde opération, nous vîmes que la loquacité et l'attitude pleurarde correspondaient bien à la formation de l'abcès du cerveau. De même on peut considérer comme en rapport avec la même lésion cette considérable augmentation de l'appétit, observée dans les dix jours qui précédèrent l'opération. On a aussi observé cette irrésistible envie de manger appelée boulimie dans les maladies centrales les plus diverses, comme la commotion cérébrale, l'embolie, les tumeurs du cerveau, etc. Pulawski (1) a rapporté tout récemment une observation du même symptôme à la suite d'une violente commotion du cerveau. Il faudrait admettre d'après Léo (2) que la substance elle-même du centre de la faim est lésée, ou bien que ce centre est soumis à une certaine compression ou à toute autre action mécanique.

---

## TRAITEMENT DE L'ECZÉMA DE L'OREILLE

Par le Dr **H. Chatellier**

Communication faite à la Société laryngo-otologique de Paris

---

Après une expérience qui dépasse maintenant six années, je me crois en droit de vous communiquer une méthode de traitement qui m'a toujours réussi dans le traitement de l'eczéma de l'oreille.

La substance active est l'iodol en poudre impalpable.

---

(1) PULAWSKI. *International klinisch. Rundschau*, 1890.

(2) *Deutsch. med. Woohensehr.*, 1889, n° 29.

L'excipient seul varie suivant la forme et le siège de l'affection.

1° ECZÉMA HUMIDE. — S'il se présente sous la forme généralisée et confluente que l'on observe sur le pavillon et dans le pli rétro-auriculaire, ou bien, s'il siège dans le conduit sous la forme de petites vésicules, comme cela se voit à la suite du traitement des otites moyennes suppurées par l'acide borique en poudre ou par l'alcool boriqué.

*a*) On fera d'abord un lavage avec de la liqueur de Van Swieten étendue de 3 ou 4 fois son volume d'eau chaude, puis on séchera soigneusement les parties avec du coton hydrophile

*b*) Cela fait, on saupoudrera les parties extérieures et l'on remplira le conduit avec la poudre d'iodol. Un morceau de coton hydrophile maintient le tout en place.

Il faut renouveler ce pansement matin et soir, jusqu'à la guérison (de 1 à 8 jours).

2° ECZÉMA SEC. — A. *Sur le pavillon ou les régions extérieures voisines.* — Les parties malades sont lavées avec de la liqueur de Van Swieten étendue d'eau, séchées, puis enduites soigneusement d'une pommade composée de

Iodol ..... 1 gr.
Lanoline ..... 30

Il est bon de recouvrir le tout d'une couche d'ouate.

Pansement matin et soir.

B. *Dans le conduit auditif.* — Laver soigneusement le conduit au moyen d'injections de liqueur de Van Swieten étendue d'eau pour enlever toutes les desquamations épithéliales, sécher avec de l'ouate hydrophile portée sur un stylet.

Quand le conduit sera bien nettoyé et bien sec, faire pencher la tête du malade, et remplir le conduit du mélange suivant :

Iodol ..... 1 gr.
Huile de parafine ..... 30

agitez.

Introduire un tampon d'ouate pour maintenir autant que possible ce liquide dans ce conduit.

Renouveler le pansement matin et soir de manière à ce que les parties soient constamment en contact avec le médicament.

Au bout de 15 jours l'eczéma est guéri. On fait alors un lavage soigneux du conduit pour le débarrasser complètement, et l'on cesse tout traitement.

Comme excipient, nous préférons la lanoline et l'huile de parafine aux vaselines (pommade ou liquide) parce que très souvent ces dernières sont livrées au commerce impures et irritantes.

---

## RÉSECTION TEMPORAIRE DU NEZ MAINTENUE PENDANT TROIS SEMAINES POUR POLYPES MUQUEUX DES FOSSES NASALES

Par le Dr **Albert Panné**
Ex-interne des hôpitaux de Paris
Chirurgien en chef de l'hôpital de Nevers

Le nommé D..., âgé de 19 ans, de Fleury-sur-Loire, nous est adressé en novembre 1892 par notre confrère, le Dr Petit-Jean de Decize, pour des polypes muqueux des fosses nasales.

Voici son histoire antérieure : Bien portant jusqu'à l'âge de 15 ans, il a commencé à cette époque à éprouver des troubles du côté de ses fosses nasales : enchifrènement, gêne temporaire de la respiration, coryzas à répétition. Le nez reste bientôt habituellement bouché, le malade respire par la bouche, la nuit, puis le jour. Deux ans après le début, le nez commence à se déformer, s'élargit en s'aplatissant. A la fin de la 3e année, D..., se décide à consulter son médecin.

Le Dr Petit-Jean diagnostique des polypes muqueux des fosses nasales, et entreprend leur guérison par le procédé d'arrachement avec la pinces à polypes. Pendant 4 mois, à raison d'une séance par semaine, le malade se soumet au traitement : de nombreux polypes ou fragments sont enlevés chaque fois ; l'hémorrhagie post-opératoire est

abondante et affaiblit bientôt le patient : les narines ne sont du reste jamais débouchées, un écoulement séro-purulent très fétide s'installe à demeure, la déformation du nez persiste et s'accroît progressivement. De guerre lasse et d'un commun accord le médecin et son malade cessent la lutte.

D..., reste pendant plusieurs mois sans traitement, mais finalement, décidé à tout, il vient nous trouver sur la recommandation de notre confrère.

A ce moment, le nez est considérablement élargi, saillant extérieurement, à surface bosselée : le simple écartement des narines fait constater la présence de masses polypeuses profondes. Le nez est complètement rempli et tout à fait imperméable à l'air; écoulement sanieux par les narines ; larmoiement habituel ; douleur de tête.

Il était impossible, vu la réplétion de fosses nasales de songer à un autre procédé d'ablation que l'arrachement avec les pinces de Duplay : nous le pratiquons consciencieusement pendant trois semaines, nous enlevons dans les premières séances d'énormes polypes ou fragments mollasses, de coloration blanc grisâtre, de consistance molle, présentant de longs pédicules : il n'y a pas d'erreur possible, nous nous trouvons bien en présence de polypes muqueux simples. Nous arrivons tout d'abord à un certain résultat, nous débarrassons la partie antérieure des fosses nasales, nous pouvons nous aider dès lors du spéculum nasi et du miroir frontal, mais bientôt nous n'avançons plus, nous n'arrachons que des parcelles insignifiantes de polypes ou des fragments de la muqueuse, le champ opératoire étant immédiatement masqué par l'écoulement sanguin et un liquide sanieux infect. Le patient, bientôt découragé, manifeste des intentions de suicide, et nous nous décidons sur ses instances à intervenir radicalement en nous faisant jour largement par la résection temporaire du nez.

*Opération* le 23 novembre 1892. — Incision cutanée naso-génienne gauche, se prolongeant transversalement sur les deux faces et le dos du nez, au niveau de la racine de cet organe ; section avec ciseaux de l'aile du nez jusqu'à la charpente osseuse ; section avec pinces tranchantes de la branche montante du maxillaire gauche ; trait de scie transversal sur toute la hauteur du nez à sa racine ; section avec ciseaux de la cloison des fosses nasales. L'appendice nasal est récliné sur la joue droite. L'hémorrhagie très abondante qui s'ensuit est simplement extérieure, car les fosses nasales sont remplies de polypes muqueux qui font hernie à l'extérieur.

Nous enlevons rapidement avec des pinces la masse gélatinoïde qui oblitère les deux cavités, nous continuons le nettoyage avec la curette tranchante maniée sans trop de force, nous finissons avec des attouchements au thermo et au galvano-cautère. Des tampons montés sur des pinces et introduits dans l'arrière-gorge par l'orifice des fosses nasales empêchent le sang qui coule en abondance de tomber dans le pharynx : puis nous faisons un tamponnement serré des deux fosses nasales avec de longues bandelettes de gaze salolée.

Nous aurions pu dès ce jour remettre en place et suturer l'appendice nasal ; mais, comme nous n'avions pas pu nettoyer à notre gré, à cause de l'hémorrhagie, toute l'étendue des surfaces malades, et comme nous désirions, pour prévenir toute récidive, y revenir à plusieurs reprises, nous nous contentons de rabattre le nez dans sa position habituelle, mais en séparant les surfaces cruentées par de la gaze salolée pour qu'il n'y ait pas réunion.

3 jours après, le 26 novembre, nous faisons le premier pansement, après chloroformisation du malade. Un liquide séro-purulent abondant, passant par la partie supérieure de la plaie, près de l'œil gauche, a traversé le pansement ; le nez est récliné ; la gaze salolée est enlevée, et répand une odeur infecte due à la mortification des parties arrachées ou cautérisées. Les deux fosses nasales sont perméables dans une grande étendue : nous voyons cependant encore quelques polypes intacts dans la partie la plus reculée de la cavité, et de nombreux fragments sur les parois supérieure et externe. Nous pratiquons un nouveau curettage suivi de galvano-cautérisation et de tamponnement à la gaze salolée.

A trois reprises différentes, les 1er décembre, 6 décembre, 10 décembre, nous répétons le pansement précédent sous le chloroforme, et sans remettre en place l'appendice nasal. Nous nous y décidons cependant le 14 décembre, 21 jours après la résection. A ce moment les parois des deux fosses nasales sont absolument débarrassées par la curette ou les cautérisations, de toute saillie polypeuse, et nous pouvons espérer que ce résultat, si laborieusement acquis, sera définitif. Nous avivons les surfaces d'insertion du nez et de la face, et nous faisons un double rang de sutures, les unes profondes, les autres cutanées : la réunion se fait par première intention, et nous enlevons les fils le 5e jour.

Trois mois se sont écoulés depuis cette dernière opération, et le résultat s'est maintenu. Nous avons examiné à plusieurs reprises les fosses nasales de notre opéré, et nous n'avons

plus eu à constater la récidive d'aucun polype. Nous avons tout lieu d'espérer, étant donnée la cautérisation si énergique que nous avons faite sur tous les points de la muqueuse nasale, que tout danger de récidive a disparu.

---

## UNE BALLE DANS LE LARYNX

### CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES PLAIES TRAUMATIQUES DU LARYNX

Par le Dr **A. Sokolowski**
Médecin des hôpitaux de Varsovie

Si l'on excepte les plaies du larynx par armes à feu, observées à la guerre — et habituellement rangées par les médecins militaires sous la rubrique de plaies du cou, sans examen laryngoscopique — les traumatismes comme celui que nous décrivons sont très rares en comparaison des plaies par instrument tranchant (ces derniers notés surtout dans les cas de suicide).

C'est pourquoi je ne crois pas superflu de publier un cas fort intéressant, récemment observé par moi à l'hôpital du Saint-Esprit.

Le nommé K..., âgé de 47 ans, meunier, reçut, le 3 octobre 1894, à une heure de matin, un coup de feu dans la région cervicale gauche. Ce coup de feu, autant que le blessé pouvait s'en souvenir avait été tiré à une distance de 15 pas; il l'avait reçu debout. Aussitôt après avoir essuyé le feu, notre malade eut un violent accès de toux et rejeta une notable quantité de mucosités sanguinolentes.

Il ressentit en même temps, nous dit-il, de fortes douleurs dans le cou, la déglutition était difficile, presque impossible, et le malade raconte avoir parfaitement senti que la balle était restée fixée dans le pharynx. La voix se couvrit beaucoup à ce moment, et au matin l'aphonie était complète. Vers midi, le malade fut amené à l'hôpital du Saint-Esprit où M. Kijewski l'examina et constata l'état suivant :

A peu près au milieu de la moitié gauche du cartilage thyroïde, on constate une petite plaie recouverte de sang coagulé, autour d'elle la peau

est brûlée et a pris une coloration sombre due à la poudre. La moitié gauche du larynx et la région cervicale correspondante sont un peu tuméfiées. Par la palpation, à la partie antérieure et latérale du cou, et au-dessous de la clavicule, on peut constater une notable crépitation, indice de la présence de l'air. L'état général du blessé est satisfaisant, il respire avec facilité, mais il est très enroué et souffre d'une forte dysphagie.

Ce même jour, vers 5 heures du soir, le malade eut un violent accès de toux, dans lequel il rejeta une balle de revolver longue de 1 cent. 1/2 et d'un diamètre de 5 millim. Aussitôt après, suivant son expression, il se sentit dégagé, la déglutition devint beaucoup plus facile, la voix seule resta très couverte.

Je ne vis le malade que trois jours plus tard, soit le 7 octobre, et je constatai l'état suivant :

La moitié gauche du thyroïde est un peu tuméfiée et épaissie, à sa partie centrale on note une cicatrice.

Le malade est très enroué.

L'examen laryngoscopique donne les résultats suivants :

L'aryténoïde gauche, le ligament aryténo-épiglottique gauche et presque toute la paroi postérieure du larynx sont fortement tuméfiés, rouges et absolument immobiles pendant l'inspiration ; la bande ventriculaire gauche est congestionnée et épaissie ainsi que la corde vocale correspondante, cette dernière porte à la partie antérieure et inférieure de son bord libre une exulcération de 2 à 3 millim. de long. sur 1 millim. de diamètre, recouverte d'un enduit blanchâtre ; la moitié droite du larynx et l'épiglotte sont sains. Le malade est très enroué. L'image laryngoscopique nous permit de poser le diagnostic suivant :

La balle a atteint obliquement la moitié gauche de cartilage thyroïde et a perforé la partie centrale de cette moitié ; elle a glissé ensuite sous la corde et l'a lésée dans un tiers de sa surface inférieure et latérale ; puis, vraisemblablement, le projectile a été se ficher dans la paroi postérieure du larynx, d'où l'inflammation et le gonflement de la muqueuse et probablement aussi du périchondre (périchondrite aiguë crico-aryténoïdienne) l'ont expulsé. La balle, de petit calibre, comme nous l'avons dit, avait eu à parcourir une assez grande distance et ne pénétra pas profondément, elle n'avait pas eu la force de traverser le dernier cartilage et d'aller se fixer dans la colonne vertébrale, comme on l'observe dans la plupart des cas de plaie du larynx par arme à feu. Elle avait été arrêtée, au contraire, dans des tissus lâches, car, quelques heures après le traumatisme, elle a pu être expulsée dans un accès de toux. L'examen laryngoscopique

nous a montré, avec certitude, que le projectile avait traversé l'intérieur du larynx, et le mode de son expulsion indique qu'il y était resté fixé.

Comme nous l'avons dit, le chirurgien qui examina le premier notre malade, étant donnée la forte tuméfaction du thyroïde, s'était abstenu avec raison de toute intervention, et surtout de sonder la plaie. Si l'examen laryngoscopique n'avait pas été pratiqué, une série de questions de médecine légale auraient pu rester sans réponse, notamment si la balle avait traversé le larynx ou si elle l'avait seulement atteint superficiellement. L'expulsion de ce projectile par la toux n'apportait aucune lumière à la question : la balle glissant le long du thyroïde, aurait pu rester fixée profondément dans le cou et de là être rejetée par la toux. Enfin, on n'aurait pas pu savoir si le malade l'avait réellement rejetée dans un accès de toux, ou si, pour donner plus d'importance à toute cette affaire, il l'avait simplement retrouvée, ou extraite superficiellement de la plaie. On comprendra facilement l'importance de ces questions au point de vue de la médecine légale, qui tend à fixer la gravité ou la bénignité de la blessure. L'examen laryngoscopique a répondu à toutes ces questions d'une manière rigoureuse.

L'évolution et la marche de la blessure furent les suivantes : Les lésions décrites plus haut se guérirent peu à peu; la tuméfaction diminua et avec elle l'enrouement et l'immobilité de la moitié gauche du larynx. La blessure de la corde fut plus longue à se cicatriser. Le malade quitta l'hôpital le 14 décembre, c'est-à-dire 11 jours après le traumatisme. L'examen laryngoscopique pratiqué ce jour même montra un épaississement insignifiant de l'aryténoïde gauche ; la mobilité de la moitié gauche du larynx est presque complètement normale ; la blessure de la corde est cicatrisée : la voix est pure.

Le 9 décembre, le malade avait été montré à la Société médicale, où un grand nombre de collègues avaient été à même de l'examiner.

## ANATOMIE MACROSCOPIQUE DE L'ORGANE DE JACOBSON CHEZ LE BŒUF ET CHEZ LE MOUTON

Par le Dr **Paul Raugé**

Communication à la Société de laryngologie (session de mai 1893)

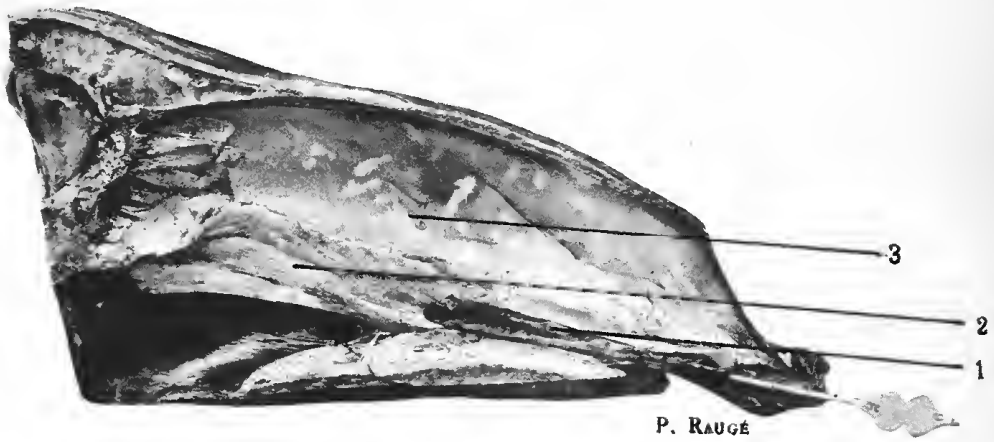
Le diverticule fibro-cartilagineux découvert par Jacobson sur chaque face de la cloison nasale, n'a guère intéressé jusqu'à présent que les naturalistes, et la plupart des anatomies humaines ne font tout au plus que le mentionner. Très inégalement développé dans la série animale et réduit, dans les espèces supérieures à un vestige purement représentatif comme le sont ailleurs la glande pinéale ou l'appendice du cæcum, il n'est plus, dans le nez humain, qu'un souvenir ancestral à peine reconnaissable, et dont on a grand peine à retrouver le siège exact : réduite, dans la cloison de l'homme, à un cul-de-sac presque imperceptible et que bien des rhinologistes n'ont jamais vu, cet élément désaffecté, sans fonction actuelle apparente, n'a plus chez nous d'autre intérêt anatomique que le problème de morphologie comparée qu'il nous pose.

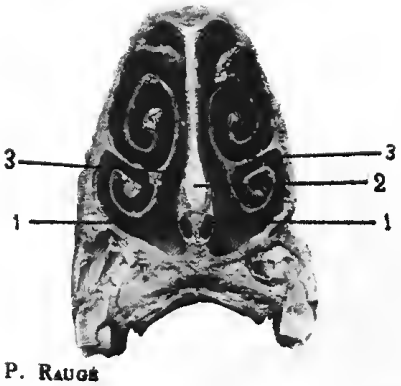
Si je vous entretiens cependant de cet organe déchu, c'est qu'il commence à faire beaucoup parler de lui et soulève depuis quelque temps un certain nombre de questions qui ne touchent plus seulement à l'anatomie spéculative, mais intéressent directement la simple et vulgaire clinique : au Congrès international de Berlin, MM. Loewe, Onödi et Sandmann ont montré son rôle probable dans la formation de certains épaississements anormaux de la cloison, et M. Potiquet (*Soc. de Laryngologie de Paris*, 6 novembre 1891) soupçonne, sans pourtant l'affirmer, que la dépression qui en représente chez l'homme le vestige rudimentaire pourrait bien être le point de départ de ces ulcères perforants du septum décrits dans ces dernières années par Voltolini (1888),

## FIG. 1

**Coupe sagittale à 5 millim. en dehors de la ligne médiane (mouton).**

1. Organe de Jacobson dans lequel un stylet a été introduit.
2. Vomer.
3. Cartilage de la cloison.

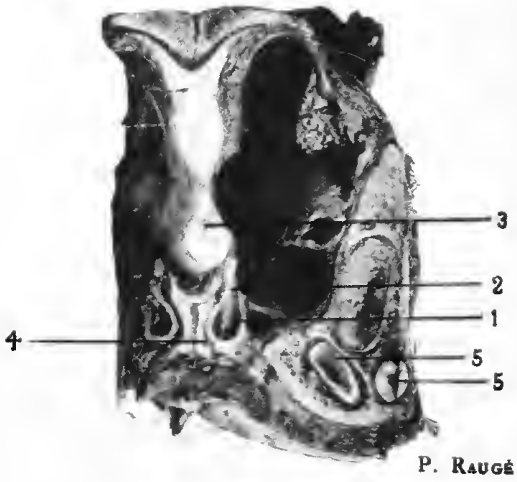



## FIG. 2

**Coupe frontale vers la partie moyenne des fosses nasales.**

1, 1. Section transversale des deux organes de Jacobson.
2. Cartilage de la cloison.
3, 3. Coupe des cornets.




## FIG. 3

**Coupe frontale au niveau du tiers antérieur des fosses nasales.**

1. Cavité de l'organe de Jacobson.
2. Sa gaine cartilagineuse.
3. Cartilage de la cloison.
4. Vomer.
5, 5. Follicules dentaires.

Rossbach (1889) et Hajek (1891). En somme, comme beaucoup d'organes en voie de disparition régressive, cet appareil semble ne manifester sa présence que par des méfaits pathogéniques : il rappelle, à ce point de vue, l'appendice cæcal, qui ne sert guère à autre chose qu'à faire des appendicites, ou la pièce intermaxillaire qui reste momentanément distincte chez l'embryon humain, sans autre utilité visible que de lui assurer dans la suite le droit au bec-de-lièvre et à toutes les difformités évolutives dont cette région a le fâcheux privilège.

Ce retour d'actualité donne, je crois, à l'organe de Jacobson un regain d'intérêt pratique qui mérite d'attirer sur lui l'attention des cliniciens. C'est pourquoi j'ai cru profitable de vous montrer, pièces en mains, ce qu'est cet appareil dans les espèces animales où il a conservé son complet développement et de chercher à retrouver chez l'homme les éléments dégénérés qui le représentent.

L'appareil de Jacobson, décrit pour la première fois en 1811 par l'auteur qui lui a donné son nom, se montre sous sa forme la plus achevée chez les ruminants et chez les rongeurs : mais c'est sans contredit sur le bœuf et sur le mouton qu'on peut le plus aisément l'observer :

Il se présente sous la forme d'un tube de cartilage renfermant un sac cylindrique fibreux et s'étendant de chaque côté de la cloison, sur les deux faces de laquelle il est étroitement appliqué. Immédiatement sous-jacents au bord inférieur du cartilage quadrangulaire, auquel ils semblent appendus, les deux conduits courent parallèlement, dans le sens antéro-postérieur, un peu au-dessus de l'angle dièdre qui unit le plancher à la cloison, et ressemblent aux deux canons d'un fusil double verticalement séparés sur la ligne médiane par la lame osseuse du vomer.

L'extrémité postérieur se termine en un cul-de-sac dont la paroi n'offre d'autre ouverture que les étroits pertuis par où les vaisseaux et les nerfs pénètrent dans la cavité du tube. L'extrémité antérieure du conduit montre au contraire un

orifice béant qui débouche largement au dehors, mais à un niveau différent suivant les espèces animales : chez le rat, le lapin, le cobaye, il s'abouche directement dans les fosses nasales, tandis que, chez les ruminants, il s'ouvre dans le canal incisif.

Pour montrer chacun de ces détails, j'ai pratiqué trois séries de préparations ; je vais avoir l'honneur de vous soumettre soit les pièces anatomiques mêmes qu'il m'a été possible de conserver, soit les photographies que j'en ai faites, la première série comprend des coupes transversales montrant les sections du conduit à différents niveaux antéro-postérieurs ; la seconde des préparations d'ensemble faisant voir l'organe disséqué après l'avoir mis à découvert au moyen d'une coupe sagittale légèrement latéralisée. D'autres préparations enfin, non les moins importantes, indiquent la façon dont le conduit de Jacobson vient s'ouvrir en avant dans le canal palatin antérieur.

Sur les coupes frontales, qui sont, comme vous pouvez le voir, les plus élégantes et les plus faciles à interpréter, les deux canaux de Jacobson sont coupés perpendiculairement à leur axe : cette section offre l'aspect de deux anneaux de cartilage portant à leur partie supérieure un prolongement ascendant qui les fait ressembler à deux raquettes dont ce prolongement serait le manche ; c'est par ces manches verticaux que les canaux de Jacobson paraissent suspendus au cartilage de la cloison, qui insinue entre les deux son bord inférieur épaissi. Le cercle cartilagineux qui entoure la lumière du conduit et forme le cadre de la raquette se montre tout à fait arrondi au niveau des coupes les plus antérieures ; à mesure que la section porte plus en arrière, le canal s'aplatit dans le sens transversal et prend une forme elliptique à grand axe verticalement dirigé. Tel est l'aspect que j'ai constamment retrouvé chez le mouton en pratiquant sur un grand nombre d'animaux ces coupes successives des fosses nasales depuis le canal incisif jusqu'au cul-de-sac postérieur du cylindre de Jacobson. Voici, réunies sur un même carton,

quatre de ces sections frontales échelonnées de deux en deux centimètres : les trois premières montrent les changements qu'offre la forme du conduit suivant le niveau antéro-postérieur sur lequel la coupe a porté ; la dernière a dépassé en arrière le cul-de-sac terminal de l'organe qu'on n'aperçoit plus dans la figure.

La disposition diffère légèrement chez le bœuf : au lieu de descendre verticalement, comme nous l'avons vu chez le mouton, la partie que je comparais tout à l'heure au manche de la raquette affecte une direction très oblique, voire tout à fait horizontale, au niveau des coupes antérieures ; les deux cercles de cartilage se trouvent ainsi projetés en dehors et séparés l'un de l'autre par un espace transversal beaucoup plus étendu que chez le mouton. De plus, le cadre cartilagineux est incomplet : il manque en dehors et en bas, et c'est à ce niveau une paroi fibreuse qui le remplace, à peu près comme la portion fibreuse de la trompe d'Eustache complète sa portion cartilagineuse.

Chez le bœuf, comme chez le mouton, le centre de l'anneau cartilagineux qui représente la lumière du conduit, est formé par une substance molle, rougeâtre, dans laquelle un stylet pénètre sans peine et qui laisse sourdre à la pression une matière visqueuse et une grande quantité de sang.

La seconde série de préparations fait voir l'ensemble du canal tel qu'il se montre sur une coupe antéro-postérieure lorsqu'on a décollé la muqueuse de la cloison. Dans la pièce que voici, on voit l'organe de Jacobson sous forme d'un cylindre ou cæcum accolé sur la cloison osseuse, où il a creusé son empreinte ; un stylet, introduit par l'orifice antérieur à travers le conduit incisif, pénètre jusqu'au cul-de-sac qui termine l'organe postérieurement : on voit que la direction du canal est légèrement ascendante d'avant en arrière, que sa lumière admet aisément un stylet de Bowman n° 5 et que sa longueur ne dépasse pas 4 à 5 centimètres (cette pièce provient d'un mouton de petite taille).

Pour montrer l'embouchure du canal de Jacobson dans le

conduit palatin antérieur, j'ai dû avoir recours à une préparation un peu plus compliquée. Sur une sonde cannelée introduite dans le canal incisif par son orifice inférieur, j'ai sectionné la paroi inférieure de ce conduit; la paroi supérieure se trouvant ainsi mise au jour, on découvre sur le tiers antérieur de cette paroi un orifice très étroit en forme de boutonnière allongée dans le sens antéro-postérieur et qui atteint, chez le bœuf, une longueur de 6 à 8 millimètres; un stylet introduit dans cette fente et poussé en haut et en arrière pénètre directement dans le canal de Jacobson. Cette disposition relative des deux conduits n'est pas très facile à bien voir : elle est pourtant suffisamment claire dans la figure que voici et qui montre le segment antérieur d'une voûte palatine de bœuf sur laquelle le canal incisif a été sectionné suivant sa paroi inférieure.

Tel est l'exposé de grosse anatomie auquel je bornerai cette étude, me réservant de traiter ailleurs d'autres questions non moins intéressantes, mais que je ne puis même aborder aujourd'hui sans risquer d'être entraîné beaucoup trop loin : j'entends la structure histologique de l'organe de Jacobson, les hypothèses curieuses émises depuis Cuvier et Gratiolet sur sa destination fonctionnelle, enfin le siège discuté où l'on doit en chercher les vestiges chez l'homme. Qu'il me suffise d'indiquer que, quoique moins bien pourvus sous ce rapport que le mouton ou le cobaye, nous possédons comme eux un appareil de Jacobson, que le représentant équivalent le plus probable de cet organe dans les fosses nasales humaines est un cul-de-sac creusé dans la muqueuse de la cloison à 8 millim. 5 en moyenne du plancher et à 23 millimètres du point qui correspond à l'union de la lèvre avec la cloison membraneuse, Kœlliker (1) ; bien que l'orifice de ce conduit ne dépasse pas un millimètre, il est presque toujours possible de le découvrir sur le cadavre, et

(1) A. KŒLLIKER. *Ueber die Jacobson'schen Organe des Menschen.* In Festschrift zu den 40-jahrigen profess. Jubilæum des ern von Rinecker zu Wurzburg. Leipsig, 1877.

même M. Potiquet est parvenu à le cathétériser couramment sur le vivant. Quant à l'enveloppe de cartilage que nous avons vue tout à l'heure former autour du sac fibreux une gaine tubuleuse et continue, elle a subi chez l'homme une transformation complète non seulement dans son aspect mais encore dans sa situation même : elle semble représentée par les lamelles allongées décrites par M. Sappey sous le nom de cartilages accessoires postérieurs, et situées, de part et d'autre de la cloison, au-dessus de l'épine nasale antéro-inférieure, au niveau de l'angle inférieur du cartilage quadrilatère.

---

## FAITS CLINIQUES DANS LE DOMAINE DE L'OTOLOGIE

### I

*Otite suppurée ; accidents cérébraux ; trépanation. Autopsie.*

Par le Dr **Gellé**

(Communication à la Société de laryngologie et d'otologie de Paris.)

Un homme de 40 ans, d'aspect cachectique se présente au 25e jour d'une otite suppurée avec un décollement énorme de la paroi inférieure du conduit auditif, simulant un polype saillant. L'incision fait écouler une quantité de pus séreux ; le stylet montre une dénudation osseuse jusqu'à la caisse, après les soins les plus réguliers il y a détente ; les frissons, la fièvre, l'inappétence, la céphalalgie semblent diminuer, la douleur aiguë aussi ; puis retour des accidents graves généraux, altération des traits grippés, céphalalgie atroce, douleur otique violente, frissons, fièvre, sans aucun trouble intellectuel, sinon l'insomnie que la céphalalgie explique. La tumeur du conduit s'est affaissée légèrement ; le trajet du conduit est libre, mais il y a moins de suppuration ; l'apophyse mastoïde ne présente rien d'anormal et même aucune douleur à la pression sur la pointe : il en sera de même jusqu'à la fin. Le malade s'affaiblit, puis le 22e jour du début (le 12e du traitement à l'hôpital où le malade est venu tous les 2 jours jusqu'à son entrée, 3 jours avant sa mort), coma subit ; trépanation rapide ; mort 2 heures après.

*Autopsie.* — Pas de cellules mastoïdes ; paroi mastoïdienne épaisse au niveau du sinus latéral de 2 millim. à 3 millim. au plus ; la trépanation a mis le sinus à nu.

Le coude du sinus latéral se porte tellement en dehors et en avant qu'il y a à peine 5 millim. de distance entre le fond de la gouttière et l'entrée du conduit auditif, une lame de tissu éburné sépare la cavité de l'antrum. Large perforation du tympan ; manche disparu ; dénudation de toute la paroi inférieure ou jugulaire de la caisse, et de celle du conduit ; l'antrum communique facilement avec la caisse et celle-ci avec le conduit. Méningite suppurée de la base, sans communication aucune avec la cavité auriculaire suppurée ; sinus latéral thrombosé, oblitéré par des exsudats et caillots blancs, durs, adhérents : altération ancienne de sa paroi au niveau de la gouttière osseuse, au point mis à nu par la trépanation.

Cette observation est intéressante au point de vue clinique par la symptomatologie négative quant à la méningite, jusqu'à l'apparition du coma ; au point de vue de la complication mastoïde, il y a à remarquer l'absence de tout signe objectif ou subjectif, même celle de la douleur à la pression ; il n'y avait pas de cellules et par suite pas de mastoïdite.

Tout l'appareil symptomatique infectieux signalait donc la méningite purulente, au point de vue opératoire, l'étroitesse du champ opératoire et la minceur de la paroi mastoïde sont très utiles à enregistrer ; elles rendaient inévitables l'ouverture du sinus latéral.

## II

### *Furonculeuse du conduit auditif simulant un abcès mastoïdien dans le cours d'une otite moyenne suppurée aiguë.*

Par le Dr **Luc.**

Le 22 mars dernier, je suis consulté par mon confrère le Dr F..., au sujet de son fils, âgé de 20 ans, qui, depuis quelques jours, consécutivement à un catarrhe nasal aigu, éprouve de vives douleurs dans l'oreille gauche. L'introduction du spéculum est douloureuse ; pourtant je ne note rien de particulier dans le conduit. En revanche, la membrane tympa-

nique est congestionnée et a perdu son reflet lumineux. L'air passe mal par le Politzer et par la sonde.

Je diagnostique une otite moyenne aiguë, et pratique séance tenante une paracentèse qui donne issue à du pus mélangé de sang.

Le lendemain, j'ai le regret de constater que mon intervention n'a procuré au jeune homme aucun soulagement. Le coton introduit dans l'oreille est retiré imbibé de pus. Supposant une rétention purulente, bien que la température soit à peine élevée, je pratique par la sonde un lavage de la caisse avec une solution de sublimé à 1/4000.

Le liquide ressort parfaitement par le conduit auditif. Ce moyen est répété le jour suivant, mais les douleurs persistent avec leur intensité première.

Sur ces entrefaites, je me trouve dans la nécessité de m'absenter de Paris pendant 2 jours, et je trouve à mon retour le malade dans l'état suivant : les douleurs de plus en plus violentes, empêchant tout sommeil, paraissent s'être localisées à la jonction du pavillon et de la région mastoïdienne. Celle-ci est le siège d'un gonflement manifeste, et le pavillon se détache plus fortement de la tête que celui du côté sain. Toute la région gonflée est extrêmement douloureuse à la pression. Je songe immédiatement à la possibilité d'une complication mastoïdienne. Pourtant l'absence de toute élévation thermique me fait aussi penser à une furonculose du conduit; mais l'inspection de ce dernier n'y révélant aucune tuméfaction, je penche plutôt vers la première hypothèse; dans mon embarras, j'exprime mon désir de prendre l'avis de mon collègue et ami, le Dr Lubet-Barbon, qui, le lendemain, se trouve avec moi près du malade. A ce moment, le gonflement rétro-auriculaire est très prononcé et accompagné d'œdème; la peau commence à rougir. Après une exploration très attentive du conduit et de la région mastoïdienne, le Dr Lubet-Barbon émet comme la plus vraisemblable, l'hypothèse d'une furonculose multiple et profonde du conduit, se fondant : 1° sur l'absence de fièvre; 2° sur la présence d'une adénite rétro-auriculaire; 3° sur la prédominance de la douleur à la pression, à la face postérieure du pavillon plutôt qu'au niveau du plan osseux mastoïdien; 4° sur l'existence de deux points très douloureux mis en évidence par la pression avec le stylet sur la paroi antérieure et la paroi postérieure du conduit.

Trouvant l'opinion de mon ami excellemment fondée, je propose une intervention immédiate qui est acceptée. Le malade ayant été insensibilisé au moyen du bromure d'éthyle, je pratique une incision profonde au niveau de chacun des deux points douloureux sus-mentionnés, c'est-

à-dire dans l'intérieur du conduit, sur ses parois antérieure et postérieure, et j'ai la satisfaction de voir s'échapper, par la première des deux incisions, un gros bourbillon purulent.

Pansement au moyen d'un tampon d'ouate imbibé d'un mélange à parties égales de glycérine et de liqueur de Van Swieten, dont l'introduction a été précédée d'une insufflation de poudre d'iodol.

Le lendemain, nous nous attendions à trouver le jeune homme complétement soulagé et remonté par une bonne nuit. Nous avons au contraire la désagréable surprise d'apprendre qu'il n'a jamais souffert plus cruellement. Un examen attentif nous fournit l'explication du fait : le furoncle antérieur seul avait été vidé. Or une pression exercée sur la paroi postérieure du pavillon détermine l'expulsion par l'incision postérieure d'un second bourbillon. Cette fois le soulagement est complet. Au bout de 2 jours tout gonflement avait disparu. Le malade ayant dû, sur ces entrefaites, quitter Paris, nous ne pûmes le suivre jusqu'à la complète guérison de son otite moyenne suppurée qui, d'après les renseignements qui nous furent fournis ultérieurement ne tarda pas à être obtenue.

Dans ce cas les difficultés du diagnostic provinrent d'une part de la coïncidence de la furonculose avec une suppuration de l'oreille moyenne, d'autre part de la situation profonde de l'infiltration furonculeuse qui ne se traduisait par la présence d'aucune tuméfaction dans l'intérieur du conduit. Pourtant l'intervention de notre ami Lubet-Barbon nous fournit la preuve que ces difficultés, quelque réelles qu'elles fussent, n'étaient pas insurmontables pour un observateur sagace et attentif.

## III

### *Ostéite fongueuse primitive de l'antre mastoïdien sans suppuration concomitante de la caisse du tympan, chez un enfant de 3 mois et demi.*

Par le Dr **Luc**.

Le 7 juin dernier, mon ami le Dr Carrié accompagnait à ma consultation un jeune enfant, âgé de 3 mois et demi, présentant depuis 3 semaines un gonflement derrière l'oreille gauche. Je constatai en effet que la peau de la région mastoïdienne de ce côté était soulevée par une tu-

méfaction tendue, fluctuante, offrant tous les caractères d'un abcès e dont la pression provoquait des cris de la part de l'enfant. Le tégument commençait d'ailleurs à rougir légèrement.

Une semblable constatation, dans le cours d'une suppuration de l'oreille correspondante, eût été purement banale ; mais il n'en était précisément point ainsi. Les parents me déclarèrent que jamais l'enfant n'avait présenté d'écoulement de l'oreille, et d'ailleurs l'inspection du tympan que je pratiquai le surlendemain me le revéla parfaitement normal et me convainquit de l'exactitude de cette assertion. J'admis alors comme vraisemblable l'hypothèse d'un abcès froid ostéopathique d'origine mastoïdienne symptomatique d'une ostéite peut-être tuberculeuse de la surface de l'os, développé indépendamment de toute inflammation de l'oreille moyenne, ainsi qu'on a l'occasion d'en observer sur n'importe quel point du squelette. Les parents furent également catégoriques pour nier tout traumatisme antérieur au niveau de la région malade. Il fallait donc admettre une suppuration pathogéniquement liée à la constitution de l'enfant ; pourtant je ne pus découvrir d'antécédents tuberculeux dans sa famille ; lui-même, d'abord nourri au sein par sa mère, puis depuis deux mois avec du lait stérilisé à cause d'abcès survenus aux seins de sa mère, paraissait ne pas souffrir dans sa nutrition générale, ni dans sa constitution.

Quoi qu'il en soit, en présence de la fluctuation nettement perçue au niveau de la tuméfaction, je me décidai à l'inciser avec l'aide du Dr Carrié. Je donnai ainsi issue à deux grandes cuillerées de pus mal lié, mêlé de grumeaux et dépourvu de fétidité. Ayant soigneusement dénudé avec une rugine la surface osseuse, je découvris tout près du conduit auditif une petite perforation de la nuque osseuse mastoïdienne, par laquelle je pus engager une sonde cannelée et la mouvoir à l'aise. Je substituai à la sonde une curette au moyen de laquelle je pus extraire de l'antre mastoïdien de nombreuses fongosités. Après un badigeonnage de la cavité osseuse avec un tampon d'ouate imbibé d'une solution de chlorure de zinc à 1/10, je tamponnai la plaie et la brèche osseuse avec de la gaze iodoformée.

*3 juillet.* — Les pansements, renouvelés de 3 en 3 jours, n'ont pas encore abouti à une cicatrisation complète; il reste effectivement encore un point fistuleux à la partie inférieure de la plaie.

Il s'agissait donc ici d'une ostéite mastoïdienne fongueuse indépendante de toute inflammation tympanique. C'était la première fois que j'observais un cas semblable ; mais des

faits du même ordre ont déjà été vus et publiés par d'autres. On en trouvera notamment un remarquable exemple dans le travail de Schmiegelow dont nous donnons précisément une analyse dans ce présent numéro de notre journal (1). Cet auteur dit d'ailleurs en avoir antérieurement observé d'autres.

---

## EMPYÈME LATENT DU SINUS FRONTAL DROIT SANS CAUSE APPARENTE. — TRAITEMENT PAR L'OUVERTURE DE L'OS FRONTAL ET LE CURETTAGE DU FOYER. — GUÉRISON INCOMPLÈTE

Par le Dr **Luc.**

Madame L..., 54 ans, ne présente rien dans ses antécédents qui puisse expliquer l'étiologie de son affection. Notamment elle ne se souvient pas d'avoir jamais éprouvé un traumatisme quelconque à la région frontale. Adénite cervicale suppurée dans la première enfance.

Cette dame vient me consulter au mois de décembre dernier (1892), conduite chez moi par son médecin, mon ami le Dr Grenet. Elle se plaint d'un enrouement accompagné d'une toux quinteuse que je suis amené à considérer comme l'effet d'une coqueluche contractée auprès de sa petite fille atteinte de cette affection.

Je constate dans le larynx de simples lésions catarrhales, mais, ayant, conformément à mes habitudes, pratiqué l'examen des fosses nasales, bien que la malade n'accusât aucun trouble de ce côté, je note, dans la fosse nasale droite, la présence d'un pus épais légèrement fétide remplissant le méat moyen. J'examine les dents et, ayant constaté à l'éclairage électrique une moindre translucidité de la joue droite que de la gauche, je conclus à l'existence d'un abcès du sinus maxillaire droit, et je réclame l'extraction de la 2e grosse molaire supérieure légèrement cariée, en vue de pratiquer par cette voie l'ouverture de l'antre d'Highmore. Cette opération est pratiquée le 10 décembre, mais les lavages aussitôt exécutés dans le sinus n'entraînent pas trace de pus et, les jours suivants, la suppuration continue de se montrer dans la région du méat moyen.

(1) P. 244.

Mme L. me dit que cette suppuration remontait à 6 ans, et avait paru se développer du jour au lendemain à la suite d'un coryza *a frigore*. Depuis lors elle mouchait continuellement par la narine droite du pus épais qui, d'abord inodore avait fini par prendre de la fétidité. Elle n'avait jamais noté que le fait d'incliner la tête en avant augmentât l'écoulement; en revanche elle insista sur cette particularité, que l'écoulement du pus paraissait s'opérer par la gorge et cela tout spécialement pendant la nuit, en sorte qu'elle se réveillait, le pharynx rempli de croûtes purulentes dont elle avait peine à se débarrasser.

Le sinus maxillaire étant hors de cause, quelle pouvait être l'origine de cette suppuration nasale unilatérale? Le sinus frontal ne me parut pas pouvoir être mis en cause; en effet, à aucune époque de sa maladie, Mme L. n'avait éprouvé de douleurs frontales et ni la percussion ni la pression de la région sus-orbitraire n'y dénotaient la moindre sensibilité anormale.

Je crus devoir m'arrêter à l'idée d'une ethmoïdite suppurée. Le méat moyen était en effet comblé par une hypertrophie de la muqueuse, d'aspect fongueux, que je considérai comme la manifestation d'une ostéite sous-jacente et qui s'opposait d'ailleurs à toute tentative d'exploration, de sondage ou de lavage du canal frontal.

Pendant les semaines et les mois qui suivirent, je m'appliquai à nettoyer complètement la région en question dans de nombreuses séances où, à la faveur d'une anesthésie locale réalisée par l'application d'une solution de cocaïne à 1/5, je pratiquai, au moyen de curettes simples ou doubles, l'extraction des masses hypertrophiques sus-mentionnées.

L'examen microscopique d'une de ces masses contenant un débris osseux détaché par la curette montra que la muqueuse avait conservé son épithélium et qu'il n'existait pas en réalité d'ostéite, contrairement à ce que j'avais supposé.

Cependant la suppuration persistait toujours, intarissable, accompagnée de quelques signes d'infection lente marquée par des accès fébriles vespéraux, mais tout particulièrement par une inappétence absolue, la malade éprouvant une répugnance invincible pour les aliments solides, notamment pour la viande et ne se soutenant guère qu'avec du lait.

Localement, indépendamment de la suppuration nasale, le seul symptôme digne d'être noté consistait en un trouble singulier de la vue du côté malade. Lorsque la malade fermait l'œil gauche, elle ne voyait les objets que comme à travers un brouillard épais.

Au mois d'avril, le méat moyen ayant été complètement déblayé et les

cellules ethmoïdales antérieures ouvertes à coup de curettes, sans qu'on y trouvât le point de départ du pus, l'inspection de la fosse nasale, singulièrement facilitée par les opérations précédentes permit de constater que, deux heures environ après un lavage complet de cette cavité, le pus commençait à se montrer dans la région du canal frontal et j'acquis dès lors la conviction que j'avais affaire à une forme absolument latente d'empyème du sinus frontal droit, de cause indéterminée.

Mon ami, le Dr Lubet-Barbon, avec qui je vis la malade en consultation le 14 avril, partagea mon impression, bien que la région sus-orbitaire se montrât aussi bien éclairée à droite qu'à gauche par une lampe électrique logée le plus profondément possible sous l'arcade orbitaire.

D'autre part, les simples lavages pratiqués avec la sonde coudée de Lichtwitz s'étant montrés complètement inefficaces pour tarir la suppuration, je proposai à Mme L... une opération par voie extérieure qui fut aussitôt acceptée.

Cette intervention eut lieu le 14 avril avec l'aide de mes amis, les Drs Lubet-Barbon et Béclère, après chloroformisation de la malade.

Une incision partant de l'extrémité interne du sourcil droit fut conduite jusque sur le bord correspondant du nez, et l'os frontal préalablement dénudé à l'aide d'une rugine fut attaqué avec la gouge à sa partie la plus inférieure.

Dès que la table antérieure de l'os ont été perforée, il s'en écoula du pus épais mélangé de sang. L'ouverture fut agrandie au point d'avoir environ le diamètre d'une pièce de 20 centimes. Je pratiquai alors le curettage de la cavité avec une petite curette de Wolkmann et amenai au dehors de nombreuses fongosités.

Cela fait, et le sinus ayant été nettoyé avec de petits tampons d'ouate imbibés de liqueur de Van Swieten, une sonde en gomme ayant 4 millimètres de diamètre fut introduite dans le canal frontal et je réussis sans trop de difficulté à la pousser dans la cavité nasale, puis à en saisir l'extrémité inférieure au moyen d'une pince introduite par la narine et à l'attirer au dehors.

Je fixai à cette extrémité un tube à drainage en caoutchouc ayant le même diamètre et l'engageai dans le canal frontal à la place de la sonde, en tirant celle-ci de bas en haut. Les deux extrémités du drain, l'une sortant par la narine, l'autre par la plaie, furent fixées l'une à l'autre par un fil. Je constatai plus tard qu'un tube tout à fait mou se laissait facilement engager dans le canal frontal par le sinus et que j'aurais pu par conséquent fort bien me passer du secours de la sonde en gomme.

Trois jours plus tard, quand je levai le pansement, je trouvai la plaie opératoire réunie par première intention, à l'exception de la portion maintenue béante par le drain. Je résolus alors de déblayer le foyer suppuratif de toutes les fongosités qui pouvaient avoir échappé à l'action de la curette et que je pensais pouvoir s'étendre au canal fronto-nasal. A cet effet une assez grosse mèche de gaze iodoformée fut fixée au drain par un fort fil et introduite de force à travers le trajet où elle fut laissée 24 heures. Le jour suivant cette manœuvre fut renouvelée, mais cette fois la mèche préalablement imprégnée d'une solution de chlorure de zinc, à 1/10 fut à plusieurs reprises tirée de haut en bas, et de bas en haut, opérant ainsi sur les parois du trajet une série de frictions énergiques. Les jours suivants, on pratiqua des lavages par le drain avec une solution de sublimé à 1/4000.

Le 21 avril, 8 jours après l'opération, le drain est retiré pour être nettoyé.

La malade étant sans drain, je pratique un lavage dans la fosse nasale avec une solution boriquée et je constate que le liquide ressort en jaillissant par la plaie. Dès ce jour, considérant la facilité avec laquelle le sinus frontal pourrait-être au besoin lavé par la simple douche nasale, il me sembla que le drain laissé dans le canal fronto-nasal ne pouvait qu'y entretenir la suppuration et je proposai à la malade de le supprimer définitivement, mais elle me pria de retarder de quelques jours cette mesure.

L'opération avait eu immédiatement un effet marqué sur son état local et général. Outre la suppression de la suppuration et de la sensation de fétidité qu'elle entraînait, les deux principaux résultats obtenus étaient, d'une part une diminution marquée des symptômes oculaires mentionnés plus haut, et le complet retour de l'appétit, ce dernier résultat prouvant bien que l'inappétence précédemment observée était bien l'effet d'une sorte d'infection lente.

Les soins locaux ultérieurs furent limités à de simples lavages biquotidiens de la fosse nasale et du trajet pathologique avec de l'eau tiède bouillie et salée.

Je fis à plusieurs reprises la tentative de supprimer ces lavages pendant 24 et 48 heures. Je constatai qu'au bout de ce temps la suppuration qui s'était écoulée dans la fosse nasale était bien moindre qu'avant mon intervention et qu'elle se concrétait sous forme de croûtes autour du drain, ce qui tendait à me confirmer dans ma pensée, que ce reste de suppuration était entretenu par la présence du tube.

Jugeant alors que je ne pouvais indéfiniment laisser ma malade avec

le front ouvert, je me décidai à enlever le drain et à laisser la plaie se refermer, ce qui fut l'affaire d'une nuit. Cela se passait le 8 mai, 3 semaines après l'opération. Au surplus, je me disais, qu'au cas où la suppuration subsisterait, bien que sous une forme atténuée, l'expérience ayant montré que la simple douche nasale pénétrait à travers le canal fronto-nasal élargi, il serait facile par ce simple moyen pratiqué quotidiennement de maintenir le foyer dans un état d'antiseptie relatif et peut être d'en obtenir à la longue le tarissement.

C'est cette dernière hypothèse qui s'est réalisée. Mme L. ne conserve, comme trace de l'opération qu'elle a subie, qu'une petite cicatrice déprimée. Quand elle laisse passer plus d'un jour sans pratiquer sa douche nasale, elle sent s'accumuler dans sa fosse nasale quelques croûtes, mais il y a de là bien loin à la suppuration abondante qui se manifestait avant l'opération, quelques heures seulement après le dernier lavage.

Les troubles oculaires ont presque complètement disparu et l'appétit demeure excellent.

Je vais maintenant chercher à résumer cette longue observation et à en faire ressortir les points intéressants.

Sans cause bien nette, peut-être à la suite d'un refroidissement (?), se développe chez une dame d'une cinquantaine d'année une suppuration d'abord inodore puis fétide, limitée à la narine droite, s'écoulant plus encore par le pharynx que par la narine et entraînant des troubles oculaires et gastriques particuliers. Rien dans l'état de la malade ne permet de rapporter cette suppuration à sa véritable origine jusqu'au jour où l'hypothèse d'une suppuration maxillaire et celle d'une ethmoïdite ayant été successivement éliminées, le siège véritable du foyer peut être enfin *soupçonné*. Je dis à dessein *soupçonné*, car, au moment où je me décidai à ouvrir le sinus frontal, je ne possédais aucun signe de certitude, et je n'intervins qu'après avoir nettement prévenu la malade et sa famille que je n'étais rien moins que certain de trouver du pus dans la cavité que j'allais mettre au jour.

L'histoire de notre malade établit donc, de la façon la plus démonstrative, que l'empyème du sinus frontal peut être *absolument latent* et n'avoir d'autre manifestation symptomatique qu'une suppuration nasale unilatérale, difficile à dis-

tinguer d'une suppuration maxillaire ou ethmoïdale. Elle établit non moins nettement le peu de fond qu'il faut faire, dans l'espèce, des résultats de l'éclairage électrique. Chez ma malade, en effet, l'éclairage par la bouche donna une ombre au niveau de la paupière inférieure, tendant à me faire admettre l'existence d'un abcès de l'antre d'Highmore, tandis que la lampe appliquée sous l'arcade sourcilière donna un égal éclairage des deux moitiés de l'os frontal. Je ne veux tirer de là aucune conclusion défavorable à une méthode qui m'a plus d'une fois permis de reconnaître et d'opérer des empyèmes du sinus maxillaire dont le diagnostic n'avait pu être déterminé autrement. Dans le cas particulier dont il sagit ici, il est probable que l'état hypertrophique de la muqueuse de la fosse nasale droite suffit amplement à expliquer l'opacité relative observée au niveau de la paupière inférieure de ce côté.

Je crois en revanche que, pour ce qui est du sinus frontal, la même méthode est loin de pouvoir rendre les mêmes services. En effet, il est difficile de loger bien profondément la petite lampe électrique sous l'arcade orbitaire. Il en résulte que les rayons lumineux peuvent facilement éclairer la peau et même l'os sous-jacent en passant au devant de la collection purulente qui, au contraire, les arrête inévitablement quand il s'agit du sinus maxillaire, puisqu'elle baigne le plancher de ce sinus qu'ils doivent traverser pour atteindre la paroi osseuse de la face.

Les troubles oculaires remarquables que présenta notre malade n'étaient pas non plus de nature à nous renseigner sur le siège du foyer, puisqu'il s'agit là d'une complication depuis longtemps observée, par Ziem, de Dantzig, chez des malades atteints de suppuration du sinus maxillaire. Je ne suis donc en somme arrivé au diagnostic exact que *par exclusion*.

Cet exemple mporte à croire que bien des faits de suppuration du sinus frontal ont dû passer inaperçus. En me rapportant à mes souvenirs de clinique de ces dernières

années, j'ai aujourd'hui la conviction d'avoir longtemps et vainement traité par des irrigations nasales plus d'un malade présentant une suppuration rebelle de la région du méat moyen et dont le sinus maxillaire, ainsi que plusieurs cellules ethmoïdales, avaient été ouverts sans résultat. Il en eût été vraisemblablement de même du présent cas, si la malade, femme d'un caractère très déterminé ne m'eût elle-même poussé à une tentative d'intervention radicale.

Je crois pouvoir tirer de ce même fait d'intéressantes conclusions au sujet du traitement de l'empyème frontal.

La plupart des auteurs qui ont écrit sur ce sujet ont généralement présenté comme l'unique indication à remplir, d'assurer l'écoulement du pus par le canal frontal et de faire pénétrer dans la cavité du foyer, au moyen de divers modèles de sondes, des solutions antiseptiques ou modificatrices.

Or, je crois que cela ne suffit pas.

Anatomiquement, le sinus frontal est d'ailleurs loin d'être aussi défavorablement conformé que le sinus maxillaire, au point de vue de l'écoulement des liquides formés dans sa cavité, surtout pendant le décubitus dorsal qui fait de l'orifice du canal fronto-nasal le point le plus déclive de sa cavité.

En outre, il n'est pas besoin d'appareils compliqués pour faire pénétrer un liquide quelconque dans la cavité de ce sinus.

On a pu lire plus haut que, lorsque nous pratiquions chez notre malade un simple lavage de la fosse nasale du côté affecté, à l'aide d'une seringue anglaise dont la canule était tant soit peu inclinée en haut, nous voyions le liquide sortir *sous forme de jet* par la plaie frontale momentanément débarrassée du drain.

En somme, en pareille occurrence, la question n'est pas d'assurer seulement le facile écoulement du pus ni de laver le foyer, mais bien de tarir la source de la suppuration et pour cela de modifier énergiquement ce foyer en le débarrassant chirurgicalement des fongosités qui l'encombrent.

Je suis convaincu que si, dans le fait que je viens de relater, le résultat obtenu, tout en étant réel, n'a pas été parfait, c'est que mon intervention a été trop timide. J'ai effectivement regretté après coup, de n'avoir pas, lors de mon opération, ouvert le sinus un peu plus largement et surtout de n'avoir pas, cejour là, au moyen d'un tampon d'ouate monté sur un stylet et imbibé d'une solution forte de chlorure de zinc, attaqué tous les coins et recoins de sa cavité suppurante. J'ai bien cherché, quelques jours après, à combler cette lacune en passant dans toute l'étendue du trajet une bande de gaze imprégnée de la solution en question, mais le caustique ne pouvait, dans ces conditions, atteindre le prolongement externe si effilé et si long du sinus. Sans doute quelque fongosité épargnée dans cette région entretient le reste de suppuration qui subsiste aujourd'hui.

Je suis de ceux qui croient que nous ne pouvons faire de plus utile besogne qu'en publiant en toute sincérité nos fautes cliniques. C'est dans cet esprit que je livre l'observation qui précède à la publicité, pensant que mes lecteurs en pourront tirer quelque profit, ne fût-ce qu'en évitant de m'imiter là où ma conduite a été fautive.

---

# ANALYSES ET COMPTES RENDUS

## I. — Nez

**Des résultats obtenus par la méthode de Golgi appliquée à l'étude du bulbe olfactif,** par le Dr Cornil. *Société de biologie*, 17 février 1892.

En se servant pour l'étude du bulbe objectif de la méthode de Golgi, modifiée par Ranson y Cajol, on obtient un dépôt de chromate d'argent sur les éléments cellulaires et leurs prolongements dans les vaisseaux sanguins. Tout en ne donnant aucun renseignement sur la structure des

cellules, cette méthode est excellente pour établir leurs connexions. Grâce à elle, on peut voir qu'une impression transmise par les fibres du nerf olfactif a, pour se diriger vers le cerveau :

1° Une voie principale, la plus directe, qui suit le prolongement descendant des cellules de la substance corticale et le prolongement cylindre-axile de ces mêmes éléments.

2° De nombreuses voies collatérales, beaucoup moins directes, qui lui sont offertes, grâce aux rapports multiples que les éléments cellulaires affectent entre eux.

L'auteur fait remarquer que contrairement à l'opinion courante toutes ces voies sont interrompues, en un ou plusieurs points de leur trajet.

MENDEL.

**Vibrations des muqueuses des voies aériennes inférieures**, par le professeur O. CHIARI (de Vienne). *Rev. intern. de rhinol., etc.*, 25 mars 1893.

Chiari expose tout d'abord la méthode de Braun qui consiste essentiellement à masser les muqueuses du nez, du pharynx et même du larynx, au moyen de sondes animées de mouvements très rapides et de peu d'étendue. Cette méthode aurait pour effet principal d'activer, la circulation dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques et de modifier radicalement l'activité physiologique de la muqueuse dans sa totalité.

Braun dans son mémoire lu au X^e^ Congrès international de Berlin, rapporte qu'il a traité avec succès, de cette façon, 1,000 personnes pendant 3 ans et demi.

Immédiatement après cette communication, Chiari essaya la méthode des vibrations sur 6 malades atteints de rhinite atrophique avec ozène. Il n'obtint pas de résultats meilleurs qu'avec les méthodes employées jusque-là.

Laker a obtenu au bout de quelques mois, dans l'ozène, par l'enlèvement minutieux des croûtes et les vibrations, les résultats suivants : il n'y avait plus d'odeur que dans le voisinage immédiat des malades, quelques rares croûtes et un exsudat muqueux et fluide. Or, quel est le rhinologiste qui n'a obtenu de pareils résultats avec de simples badigeonnages.

Chiari a traité d'autres cas d'ozène en employant alternativement les vibrations et les badigeonnages; il n'a pas observé de différences dans les effets produits. Une seule fois, il obtint un accroissement considérable de la muqueuse après un traitement de plusieurs années.

Dans les cas de rhinite hypertrophique, Braun raconte sans détails ni observations, qu'il a obtenu de bons résultats. Laker aussi a eu des succès; mais il employait en même temps les cautérisations.

Contre les symptômes nerveux qui accompagnent les affections nasales, les vibrations n'ont rien donné de plus que les autres méthodes; certains succès passagers s'expliquent par l'emploi de la cocaïne et du menthol en même temps que des vibrations.

Dans les hypertrophies simples ou polypeuses de la muqueuse du nez, on remarque que la marche est très variable, et que ces affections dépendent beaucoup des conditions générales de la nutrition et du pouvoir de résistance des nerfs : de telle sorte qu'elles disparaissent parfois spontanément ou bien qu'après avoir résisté pendant des années, elles cèdent à un traitement auparavant inefficace et abandonné.

Nous sommes obligés de tenir compte de ces considérations quand Laker s'appuie, pour vanter les vibrations, sur ce qu'il a guéri quelques malades, traités en vain par d'autres médecins.

Il semble illogique qu'une même méthode régénère une muqueuse atrophiée et fasse régresser une muqueuse hypertrophiée. Braun et Laker attribuent en effet ces résultats aux vibrations seules en dehors des médicaments employés. La contradiction cesse, au contraire, quand on admet que les badigeonnages avec les astringents ont une action constrictive et ceux avec les fondants une action relâchante.

Chiari fait ensuite une revue générale des travaux publiés. Cette analyse montre que, sauf un petit nombre d'auteurs, tous font des réserves. Lui-même a employé la méthode avec soin pendant deux ans.

Il pose avec certitude maintenant les conclusions suivantes :

Les *badigeonnages* et les *vibrations* sont de bonnes méthodes de traitement des muqueuses des voies aériennes supérieures; elles agissent toutes deux de la même manière et au même degré. *Les vibrations n'ont de nouveau que le nom et la théorie.*

Le choix du médicament n'est nullement indifférent.

JACQUIN.

**Further observations on « necrosing ethmoiditis ». (Nouvelles observations relatives à l'ethmoïdite nécrosique)**, par le Dr ED. WOAKES, de Londres. *Brit. med. Journ.*, 10 juin 1893.

Cliniquement l'affection en question se présenterait sous les traits suivants :

Chez un sujet affecté depuis longtemps de catarrhe nasal ou plus souvent rétro-nasal, on note un état hypertrophique du cornet moyen qui augmentant de plus en plus arrive à toucher la cloison. A un certain moment une fente apparaît sur le cornet hypertrophié, donnant passage à du tissu fongueux. Un stylet introduit dans cette fente rencontre une surface osseuse dénudée et rugueuse. D'autres fois cette altération de l'os s'observe en un autre point de l'ethmoïde; pour la trouver la sonde doit être insinuée entre le cornet moyen et la paroi externe de la cavité nasale, à travers l'hiatus semi-lunaire ou dans les cellules ethmoïdales postérieures.

W. a fait pratiquer l'examen histologique de fragments du cornet moyen ainsi modifié. Cet examen a révélé :

1° Une hyperplasie avec transformation fibreuse de la muqueuse.

2° Un commencement de transformation myxomateuse de cette même muqueuse.

3° Un épaississement des tuniques des artérioles de la région, accompagné d'une diminution de leur calibre, processus devant entraîner une diminution de la vitalité des tissus et favoriser leur dégénérescence.

4° Un travail de résorption et de désintégration du tissu osseux sous-jacent aboutissant à son morcellement en fines particules isolées les unes des autres. LUC.

**Ueber cavernose Angiome der Nasenschleimhaut. (Des angiomes caverneux de la muqueuse nasale)**, par le Dr SCHWAGER, de Würzbourg. *Arch. f. Laryng.*, Bd I, Heft 1, p. 105.

Ce travail renferme six observations personnelles de l'affection en question. Dans ces six cas, le néoplasme siégeait sur le cornet inférieur. L'examen histologique de ces tumeurs y a révélé des caractères à peu près identiques : un stroma de tissu conjonctif plus ou moins ferme ou lâche suivant les points, creusé de grandes cavités sanguines irrégulières pourtant généralement arrondies, tendant à s'ouvrir les unes dans les autres par fonte du tissu intermédiaire. Ces cavités sont tapissées d'un endothélium plat.

Le tissu intermédiaire possède de faibles éléments artériels et au contraire des veines nombreuses et volumineuses.

Une très bonne figure annexée à la première observation donne une idée très nette de la constitution anatomique de ces angiomes.

L'exposé des observations est précédé d'une courte note bibliographique.

A ce propos nous nous permettons de signaler à l'auteur un travail publié par nous sur le même sujet dans le tome III de nos Archives, p. 341, dont il sera peut-être heureux de prendre connaissance.

LUC.

**A propos du coryza chronique**, par le Dr PAUL RAUGÉ (de Challes). *Bull. méd.*, 31 mai 1893.

Dans cet article où nous retrouvons l'esprit critique acéré ainsi que l'aisance et la limpidité de style propres à l'auteur, R. nous montre l'abus qui a été fait, à l'époque *pré-rhinoscopique*, du terme *coryza chronique*. Il propose de détacher de ce bloc sans cohésion l'ozène et l'affection improprement désignée sous le terme rhinite hypertrophique, ni l'une ni l'autre ne possédant le caractère *inflammatoire*, et de réserver la dénomination en question pour les catarrhes prolongés des fosses nasales ou pour les coryzas des enfants scrofuleux caractérisés par une abondance anormale des sécrétions, et, rhinoscopiquement par une congestion et une tuméfaction uniformes de la muqueuse. LUC.

**De l'empyème du sinus frontal**, par le Dr MONTAZ (de Grenoble). *Dauphiné méd.*, avril 1893.

Nous avons déjà analysé antérieurement (*Archiv. de laryng.*, 1891, p. 254) un premier travail de M. sur le même sujet. Ce second article, où figure un historique complet de la question, a été écrit par l'auteur à l'occasion d'un nouveau fait observé et traité par lui.

Il s'agit d'un homme de 62 ans qui, 24 ans auparavant, avait été blessé par un éclat de bois au niveau de la tête du sourcil droit. Pendant les années qui suivirent, le malade présenta alternativement des crises douloureuses dans la région naso-frontale, et un écoulement purulent fétide par la fosse nasale droite.

L'an dernier, à l'occasion d'une nouvelle rétention du pus, apparition d'une tuméfaction à la région sourcilière interne gauche qui ne tarde pas à s'étendre à droite. Puis apparaissent des symptômes généraux (amaigrissement, fièvre, sueurs) caractéristiques de phénomènes septicémiques.

M., tardivement consulté, pratique l'ouverture des deux sinus par sa méthode. Il constate qu'ils communiquaient l'un avec l'autre. Des deux côtés, la perméabilité de l'infundibulum est rétablie au moyen d'un drain ; mais cette intervention tardive ne peut enrayer la marche de la septicémie et la mort survint 8 jours plus tard, précédée d'anurie. LUC.

**Empyème syphilitique de l'antre d'Highmore**, par le Dr Lewin. *Soc. de méd. int. de Berlin*, d'après la *Sem. méd.*, 24 mai 1893.

Il s'agit d'un malade qui soigné un an auparavant avec succès pour des ulcères spécifiques des membres inférieurs offrait, au moment de sa présentation, les signes d'un empyème du sinus maxillaire coïncidant avec des ulcérations nasales syphilitiques ayant détruit le cornet inférieur et de là envahi l'antre d'Highmore.

L'auteur croit que c'est là le seul cas d'empyème syphilitique du sinus maxillaire jusqu'ici connu; en quoi il nous paraît faire erreur, car nous avons nous-même, dans notre revue critique sur les abcès du sinus maxillaire (*Archiv. internat. de laryng.*, 1889, p. 217), cité un fait publié par Hermet dans le *Journal de médecine* (17 février 1889), où une carie syphilitique du rebord alvéolaire du maxillaire avait envahi la cavité du sinus. Luc.

**Causes et traitement de l'épistaxis**, par le Dr Roth (*Wiener med. Presse*, 1893, nos 23 et 24), d'après l'analyse du *Bulletin méd.*

R. propose des différentes causes d'épistaxis la classification suivante :

A. Epistaxis de cause générale :

1° Par maladies du système vasculaire ou de la crase du sang (scorbut, maladie de Werlhoff, hémophilie, etc.);

2° Par fragilité des capillaires consécutive aux maladies infectieuses aiguës (fièvre typhoïde, diphtérie, etc.), subaiguës ou chroniques (impaludisme, pyohémie, etc.);

3° Par stase circulatoire (affections valvulaires du cœur, maladie des poumons, tumeurs du médiastin, cirrhose, mal de Bright, dégénérescence amyloïde du foie ou des reins, grossesse);

4° Par hémorrhagies supplémentaires des règles;

B. Epistaxis de cause locale :

1° Par érosion et ulcérations superficielles de la muqueuse (grattage, catarrhe, etc.), qui siègent généralement à la partie antérieure de la cloison;

2° Par dilatation variqueuse des veines de la muqueuse;

3° Par ulcère perforant non syphilitique de la cloison (Voltolini);

4° Par ulcérations syphilitiques tuberculeuses ou lupiques;

5° Par néoplasies malignes (sarcome et cancer), rarement bénignes (polypes);

6° Par fragilité spéciale de la muqueuse sans lésions apparentes ;

7° Par traumatismes.

Son travail se termine par les conseils thérapeutiques suivants :

D'une manière générale, pour arrêter l'épistaxis, on commencera par pincer les narines en inclinant la tête en avant, de manière à provoquer la formation d'un caillot. Si cela ne suffit pas, au bout de quelques minutes on fermera la narine avec un simple tampon d'ouate, pendant qu'on fera des applications froides sur la nuque pour déterminer une vaso-constriction réflexe. En cas d'insuccès, sans perdre de temps à des injections intra-nasales, on pratiquera le tamponnement complet.

Chaque variété d'épistaxis une fois diagnostiquée sera traitée par les moyens appropriés. Pour combattre la fragilité de la muqueuse ou la dilatation exagérée de ses vaisseaux, on pourra avoir recours à des cautérisations, plus ou moins énergiques suivant les cas.

## II. — Larynx trachée

**Du traitement de certaines formes de laryngite chronique (non tuberculeuse) par l'emploi local du naphtol camphré associé ou non au grattage ou au curettage,** par le Dr P. Tissier. In *Annales de médecine*, 17 février 1892.

L'auteur a déjà publié dans les Annales des maladies de l'oreille et du larynx une étude complète sur la laryngite chronique. Dans les formes, où la lésion semble surtout intéresser l'épithélium, où le chorion muqueux est peu touché, où il n'y a pas de développement marqué des productions papillaires, le *naphtol camphré* en nature, a donné à M. Tissier les résultats les plus remarquables et les plus rapides.

Si les lésions sont plus marquées, si les cordes vocales présentent, surtout vers leur partie postérieure un épaississement notable quoique diffus, l'auteur conseille de pratiquer d'abord, après anesthésie du larynx, un grattage des parties malades à l'aide d'une curette laryngée; on applique ensuite le même traitement.

Mendel.

**Lupus du larynx. Examen histologique. Cellules géantes fournies par dégénérescence des alvéoles glandulaires,** par M. Leredde, interne des hôpitaux. *Société anatomique*, avril 1892.

Intéressante observation du lupus des fosses nasales, du pharynx et du

larynx. Toute la partie située au-dessus des cordes vocales inférieures était envahie par des végétations peu élevées, peu larges, mais tassées les unes contre les autres et rétrécissant la cavité laryngée.

Aucune ulcération. Epiglotte extrêmement tuméfiée.

L'examen histologique d'un fragment de ce tissu lupique, donna les résultats suivants :

L'épithélium superficiel est fourni de cellules normales, mais offre en outre un grand nombre de cellules embryonnaires dissociant les prolongements intercellulaires et séparant les cellules épithéliales.

Le derme est très développé et constitue les saillies de la surface ; dans celles-ci, le tissu pathologique est formé de cellules embryonnaires bien vivantes, et contient de place en place des cellules géantes de petites dimensions.

Le plus grand nombre de globules glandulaires est presque sain; mais quelques uns sont presque détruits et ne sont plus occupés que par du tissu conjonctif qui les détruit et la présence de place en place d'alvéoles glandulaires indiscutables.

Le reste est formé de tissu embryonnaire contenant d'énormes cellules géantes.

MENDEL.

**Craniotabes ou occiput mou**, par le Dr COMBY. *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 18 mars 1892.

Elsässer qui a découvert cette maladie avait établi un rapport entre la lésion crânienne et le spasme de la glotte ou asthme thymique qu'on rencontre précisément chez les sujets du même âge. Kassowitz, dans un livre récent partage cette opinion.

M. Comby qui a acquis une grande expérience sur ce sujet, ne croit pas qu'on puisse établir de relation entre le crâniotabes et le spasme de la glotte.

MENDEL.

**Régression spontanée d'une tumeur du larynx, à la suite de la trachéotomie**, par le Dr STEMBO (*Saint-Pétersbourg med. Wochenschr.*, 1893, 6, d'après l'*Americ. Journ. of med. scienc.*

Une femme enceinte de 7 mois dut être trachéotomisée pour une menace de suffocation causée par un volumineux néoplasme sous-glottique. Trois semaines plus tard, la tumeur commença à présenter une diminution de son volume et, dans l'espace de trois mois, elle se réduisit

à un tout petit fragment. Dès la cinquième semaine qui suivit l'opération, la canule put être définitivement enlevée.

**Corps étranger de la bronche gauche**, par le Dr STICKLER. *Med. Record*, 1893, d'après le *Bulletin méd.*, 24 mai 1893.

Il s'agit d'un enfant de trois ans qui avait été trachéotomisé pour croup. L'état de l'opéré était aussi bon que possible quand se produisit l'accident qui donna lieu à l'introduction du corps étranger. En faisant un pansement, on détacha maladroitement une bandelette de gaze iodoformée. Cette bandelette, aspirée par la plaie trachéale, fut attirée jusque dans la bronche gauche. Aussitôt la respiration devint anxieuse et l'enfant se cyanosa. On employa alors tous les moyens ordinaires pour extraire le corps étranger; ce fut en vain.

Il ne restait plus qu'une ressource, c'était de faire une opération radicale; voici celle qui fut pratiquée : L'enfant ayant été chloroformisé, la canule fut enlevée, la trachée mise à nu jusqu'au niveau de la fourchette du sternum. Ceci fait, le chirurgien introduisit son petit doigt dans le bout inférieur de la trachée, et, se guidant sur lui, il conduisit l'incision jusqu'à la bifurcation des bronches. Il put alors extraire la bandelette de gaze au moyen d'une pince introduite dans la bronche gauche. Ensuite, les deux lèvres de la plaie trachéale furent suturées ainsi que les parties molles, en ne laissant qu'un orifice suffisant pour replacer la canule.

Aussitôt après l'opération, l'enfant respira librement. Il n'y eut aucune complication et la canule fut enlevée plus tard sans accidents ultérieurs.

**Fatal case of acute œdema glottidis. (Cas mortel d'œdème de la glotte)**, par le Dr H. MONTGOMERIE. In *Journ. of Laryngol. Rhin. and Ot.*, mai 1893.

Un mécanicien, âgé de 43 ans, sujet à de légers maux de gorge, es obligé de quitter son travail, le 30 mars, en raison d'une crise aiguë. Le médecin qui le voit constate chez le malade une pharyngite aiguë accompagnée de dysphagie et de raucité de la voix ; ces symptômes s'amendent sous l'influence du traitement prescrit, mais quelques heures après, ils reprennent une intensité nouvelle, et le médecin, rappelé en toute hâte, arrive pour constater la mort du malade qui avait été emporté en moins de cinq minutes par une attaque foudroyante de dyspnée.

A l'autopsie, on trouve la fente glottique complètement obstruée par

un gonflement œdémateux des parois, de couleur jaune pâle et de consistance molle. Il y avait également un gonflement considérable au niveau des fausses cordes. Les vraies cordes étaient rouges, mais n'étaient pas gonflées. GOULY.

**Hysterical aphonia with a perfect singing voice. (Aphonie hystérique avec intégrité parfaite de la voie chantée)**, par le Dr E. HARRISON GRIFFIN. In *N.-Y. med. Journ.*, 20 mai 1893.

Une hystérique de 18 ans, dont la voix avait toujours été normale, se réveille, après une sieste, complètement aphone, et pendant onze mois, tous les traitements restent impuissants. Quand elle chante, la voix est aussi claire, aussi naturelle qu'elle est rauque, voilée, à peine perceptible quand elle parle. Si la malade commence par chanter et que, quelques minutes après, on la fasse passer à la voix parlée, l'aphonie disparaît pour reparaître immédiatement quand elle entend le mot *parler*.

Après quelques semaines de tentatives infructueuses, la suggestion réussit à guérir la malade.

Ces cas sont intéressants en ce qu'ils peuvent en imposer au premier abord pour des affections laryngées graves, mais l'examen du larynx rend le diagnostic facile. GOULY.

**Intubation for stenosis of the larynx in a boy twelve years old. Retention of tube for ten weeks. Tracheotomy. Death from general tuberculosis. (Intubation par sténose du larynx chez un garçon de 12 ans. Tube maintenu en place pendant dix semaines. Trachéotomie. Mort par tuberculose généralisée)**, par le Dr CH.-H. KNIGHT. In *N.-Y. med. Journ.*, décembre 1892.

Le titre de cette observation est assez explicite pour nous dispenser d'en faire une analyse plus détaillée, les débuts de la marche de la maladie n'offrent qu'un intérêt sommaire.

Des remarques de l'auteur, nous retiendrons les suivantes :

1° Facilité de l'intubation ;

2° Le long séjour du tube dans le larynx avec bénéfice évident pour le bien-être du malade ;

3° La supériorité de cette méthode de traitement basée sur ce fait que, du jour où l'on fit la trachéotomie, l'état du malade, maintenu jusque-là dans le *statu quo*, ne fit qu'empirer, et que la mort survint six semaines après l'opération. GOULY.

**On intra-laryngeal injections of guaiacol and menthol in fœtid conditions of the sputa. (Injections intra-laryngées de guaïacol et de menthol dans les cas d'expectoration fétide)**, par le Dr J. Mc NAUGHT. In *Brit. med. Jour*, 24 juin 1893.

Chez deux malades atteintes l'une de bronchite avec abcès du poumon accompagnée d'une expectoration extrêmement abondante et fétide, l'autre de bronchite chronique avec soupçon de tuberculose, l'auteur a employé avec succès les injections intra-laryngées de guaïacol et de menthol : après deux ou trois injections la fétidité avait presque complètement disparu, et l'état général était sensiblement amélioré. M. N. recommande d'autant plus ce procédé qu'il lui a pleinement réussi dans ces deux cas où les autres modes de traitement avaient complètement échoué.

GOULY.

**Sarcome papillaire énorme de la corde vocale inférieure droite**, par A. MICHEL DANSAC, interne des hôpitaux. In *Annales des maladies de l'oreille*, etc., avril 1893.

J. K. ., couturière, âgée de 35 ans, a depuis quatre ans des enrouements passagers durant quelques jours, deux ou trois fois par mois. En janvier 1892, se déclare une aphonie complète et persistante, accompagnée de troubles respiratoires légers. L'état général s'affaiblit sans rien présenter d'alarmant.

L'inspiration et l'expiration sont bruyantes, le bruit de cornage est assez prononcé, et la dyspnée est intense. A l'examen du larynx, on constate une tumeur énorme occupant toute la région sus-glottique, masquant entièrement les cordes vocales inférieures, de la grosseur d'une petite noix, libre en toutes ses parties, sauf en avant où paraît exister le point d'insertion à peu près au niveau de la commissure antérieure.

M. Gouguenheim pratique l'ablation de la tumeur avec sa pince coupante ; aussitôt la respiration devient facile et la voix reparaît. On constate alors que la tumeur s'insérait sur la corde vocale droite, à la face supérieure et au bord libre, surtout en avant près de la commissure antérieure.

Les pansements furent faits avec une solution de chlorure de zinc au 1/10, puis avec le naphtol camphré, et, malgré la présence sur la corde droite d'un bourgeonnement qui pouvait faire craindre une récidive,

l'amélioration a repris le dessus, et à la date du 25 mars, la malade semble marcher à une guérison certaine.

La tumeur se présente macroscopiquement sous la forme d'une masse ovoïde, blanche, ferme, lisse, de 3 centimètres de long, d'une épaisseur de 2 cent. 1/2 dans son plus grand diamètre transversal. De sa partie inférieure émane un pédicule court, long de 1/2 millim. environ.

Le microscope montra que la tumeur était un sarcome papillaire.

GOULY.

**Fracture du larynx par strangulation**, par le Dr LAUGIER. *Soc. anatom.*, d'après le *Bull. méd.*, 5 juillet 1893.

M. Laugier a été appelé à faire l'autopsie médico-légale d'une jeune femme morte et trouvée dans le bois de Boulogne. A cause de l'absence de signes extérieurs, on avait pensé à une mort naturelle ; mais l'autopsie révéla une fracture du cartilage thyroïde parallèle au bord antérieur. Il existait aussi une fracture de l'os hyoïde, au niveau de la grande corne gauche. Tandis qu'il existait des ecchymoses très légères à l'extérieur, on voyait au contraire des épanchements sanguins assez abondants sous la muqueuse pharyngienne et sous celle du vestibule du larynx.

**Sur le larynx artificiel et la pseudo-voix.** *Soc. méd. de Berlin*, 28 juin 1893, d'après l'analyse de la *Médecine moderne.*

Dans cette séance, M. *Julius Wolff* a présenté un patient auquel il a extirpé le larynx en 1891 pour un carcinome, et chez lequel il a tenté d'établir un larynx artificiel. Wolff a fait subir au larynx artificiel qu'avaient fait construire Gussenbauer et Brans une série d'ingénieuses modifications. Aujourd'hui, comme la Société peut en juger, le patient peut déclamer avec expression et chanter d'une voix claire. La voix artificielle ne se distingue pas essentiellement, surtout sous le rapport du timbre, de la voix naturelle. En dehors du bon fonctionnement du larynx artificiel, le cas offre encore un double intérêt : la guérison peut être considérée comme durable, en outre le cas confirme la théorie d'Helmholtz, à savoir que le son fondamental est formé dans le larynx et que les différentes harmoniques sont formées dans les parties postéro-supérieures du pharynx, par la position du dos de la langue et des muscles du pharynx.

M. *Schmidt* (Stellin) a opposé à ce cas celui d'un patient qui, après une extirpation totale du larynx, possède une voix qui permet de parler et

même de chanter sans avoir de larynx artificiel. La voix est rude, mais retentissante et très distincte. Il y a sept ans que ce patient est entré à l'hôpital de Béthanie de Berlin, pour se soumettre à l'extirpation de son larynx atteint de cancer. Cependant le malade, après avoir été soigné ensuite avec des bougies, avait quitté l'hôpital dans un état de santé peu prospère. Un an plus tard, il avait recouvré sa santé et sa voix. L'examen avait montré une adhérence complète de la trachée dans le pharynx, de sorte que la canule trachéale portée par le patient constitue la seule communication existant entre les poumons et l'air extérieur. Si ce patient ferme la canule au cou, il lui est impossible de chasser de l'air par la bouche. A l'examan au miroir, on reconnaît l'orifice œsophagien sous forme d'une fente triangulaire, constitué par des replis saillants de la muqueuse qui se ferment pendant la déglutition à la manière d'un sphincter. Pendant la phonation, les membranes se tendent et exécutent des vibrations. La difficulté est de savoir comment l'air arrive dans l'œsophage au-dessous de ces membranes. On présumait d'abord que le patient déglutissait l'air dans l'œsophage, mais il a fallu renoncer à cette hypothèse, car, ainsi que l'a montré le professeur B. Fränkel, la voix peut également se produire, la langue étant tirée. Comme le patient inspire avant chaque phonation, on est admis à supposer avec Fränkel qu'il peut dilater l'orifice œsophagien pendant l'inspiration et attirer l'air dans l'œsophage ; puis après la fermeture de cet orifice, l'air est de nouveau chassé. Le fait peut être constaté au laryngoscope.

**Beitrag zur Frage über die möglichkeit des Uebergangs gutartiger Kehlkopfgeschwülste in bösartige. (Contribution à la question de la transformabilité des tumeurs bénignes du larynx en tumeurs malignes)**, par le Dr A. Sokolowski, de Varsovie. In *Archiv. für Laryngologie*, 1883, p. 81.

Voici, très résumée, l'intéressante observation qui fait l'objet du travail de S. et qui vient grossir le nombre des faits du même ordre rassemblés par Semon dans son travail de statistique publié, il y a 4 ans, sur le même sujet.

Le malade, homme de 68 ans, se présenta pour la première fois à S. le 8 octobre 1887, pour un enrouement datant de 2 ans. Son état général était excellent, S. constata la présence d'un polype pédiculé occupant le tiers postérieur de la corde vocale gauche et ayant les dimensions d'une noisette. Ce polype, que l'on considéra, sur le moment,

comme un fibrome, fut extrait à l'aide d'une pince de Fauvel et mis dans l'alcool en vue d'un examen ultérieur. Il existait en outre, sur l'extrémité postérieure de la bande ventriculaire du même côté, un tout petit polype ne dépassant pas les dimensions d'une tête d'épingle, dont le malade pria S. de différer l'extirpation. Au bout de quelques jours toute trace d'enrouement avait disparu.

Quatre ans plus tard (avril 1891) le malade reparaît. Son enrouement était revenu depuis quelques mois, et il éprouvait en outre quelques douleurs dans la moitié gauche du larynx. On constate cette fois, à la place du petit polype respecté, une tumeur rouge, à surface lisse, ayant environ 5 millim. de diamètre, immobile et sessile.

L'extrémité postérieure de la corde vocale du côté droit présente, en outre, au voisinage de l'apophyse vocale, un petit néoplasme de la grosseur d'un grain de millet.

Malgré la conservation de la motilité de la corde vocale, S. commence à soupçonner la malignité de l'affection. Les deux néoplasmes sont détruits au galvano-cautère en attendant qu'une intervention radicale soit mieux justifiée.

Dix huit mois s'écoulèrent avant que S. revît son malade, mais le hasard voulut que, dans cet intervalle, il eût de ses nouvelles en prenant connaissance d'un article du Dr Lubliner que le malade était allé consulter, article dans lequel le cas était décrit comme un exemple rare d'adénome du larynx. Tel avait été en effet le résultat de l'examen histologique d'un fragment extrait par Lubliner du larynx malade.

Quand ce dernier se présenta enfin pour la 3e fois devant Sokolowski, la malignité de son affection ne pouvait plus être mise en doute ; ses forces avait décliné, il ressentait des douleurs de plus en plus vives dans la moitié gauche du larynx; enfin le miroir laryngé montrait la corde vocale de ce côté presque immobile et en grande partie dissimulée par de nombreuses petites tumeurs implantées sur la bandelette ventriculaire. On en observait aussi quelques-unes à l'extrémité postérieure de la corde vocale droite.

En s'en rapportant à l'examen histologique de Lubliner,on aurait été en droit de conclure à un fait de transformation d'adénome en carcinome. Or, Sokolowski,faisant alors pratiquer l'examen du polype extrait primitivement de la corde vocale, et qui séjournait depuis cinq ans dans l'alcool, constata que le prétendu adénome renfermait par place des nids épithéliaux caractéristiques d'une tumeur épithéliomateuse.

Le 19 novembre 1892, toutes les tumeurs furent radicalement extirpées par le professeur Kosinski, après laryngo-fissure.

Le 14 mai dernier, la guérison du malade ne s'était pas démentie.

LUC.

## III. — PHARYNX

**Note sur la présence de cellules géantes, dans les végétations adénoïdes, du pharyux** par le Dr PILLIET. *Société anatomique,* mars 1892.

Au cours de recherches faites sur la structure des végétations adénoïdes, Pilliet a noté dans ces tumeurs la présence d'éléments qui pourraient contribuer á faire admettre une nouvelle variété de végétations adénoïdes.

Trois fois sur dix, les coupes ont présenté, au milieu de tissu interfolliculaire enflammé, des cellules géantes très visibles, d'un volume relativement considérable. Mais étant donnée la ressemblance du tissu adénoïde normal avec celui des granulations tuberculeuses, l'inoculation à des animaux pourra seule montrer le caractère tuberculeux ou non des cellules géantes observées. MENDEL.

**Du tissu angiothélial des amygdales et des plaques de Peyer,** par le Dr RETTERER. *Société de biologie,* 9 janvier 1892.

Par ce nom de tissu angiothélial, M. Retterer désigne le tissu des follicules clos, qui est formée de cellules épithéliales incluses dans une trame conjonctive, et parcouru de vaisseaux sanguins et lymphatiques.

Les recherches de cet auteur l'amènent á la conclusion suivante : les cellules arrondies, éléments propres des amygdales et des plaques de Peyer, sont des dérivées des cellules épithéliales et par leur orifice ce sont donc des cellules glandulaires. MENDEL.

**Tuberculose primitive et isolée du pharynx,** par le Dr JULLIEN. *Société française de dermatologie et de syphiligraphie,* 15 février 1892.

Présentation d'une malade portant trois ulcérations á fond jaunâtre dans la région pharyngienne. Cette femme, d'ailleurs en bonne santé, a depuis six mois de fréquents rapports avec un phtisique.

Un léger raclage exercé à la surface des ulcérations a permis de

recueillir un secretum riche en bacilles tuberculeux et de distinguer ces pertes de substance des lésions syphilitiques de même aspect.

MENDEL.

**Érysipèle à début insolite caractérisé par une glossite intense; guérison,** par le Dr RENDU. In *France médicale*, 15 janvier 1892.

Un homme de 23 ans, en pleine période syphilitique secondaire fut pris subitement d'une violente dysphagie et d'un gonflement considérable de la langue. Cette dernière, tuméfiée, énorme, occupait la presque totalité de la cavité bucale, débordant même en avant, entre les arcades dentaires.

La surface de la langue était recouverte d'un exsudat inflammatoire couenneux, dans lequel l'examen bactériologique montra la présence de très nombreux streptocoques : il s'agissait donc bien d'une inflammation secondaire, d'ordre infectieux, n'ayant rien à voir avec la syphilis. Ceci expliquait parfaitement la marche spéciale des accidents, le frisson du début, la haute température du corps (39°,5) et la prostration du malade.

Deux jours après, amélioration franche, abaissement de la température; rechute violente le soir du second jour expliquée par l'apparition d'un érysipèle de la face.

Dans cette intéressante observation, on voit que l'érysipèle a d'abord attaqué violemment la langue et la gorge, puis après une défervescence apparente a frappé le visage ; l'érysipèle a ensuite évolué normalement et s'est terminé par la guérison. MENDEL.

**Des inflammations canaliculaires chroniques des glandes salivaires avec infiltration de gaz dans les conduits excréteurs et les lobules glandulaires,** par le Dr WALTHER. *Société anatomique*, mars 1892.

Depuis trois ans, M. Walther a pu voir quatre malades chez lesquels l'air pénétrait à une profondeur variable dans le conduit excréteur ou dans les lobes mêmes de la parotide, ou dans le canal de Wharton.

Cette pénétration de l'air contenu dans la bouche se produit à la suite des altérations dues à l'inflammation chronique des conduits, altérations consistant en épaississement et en dilatation du canal et de son orifice qui reste béant à la surface de la muqueuse buccale.

Dans tous ces cas, la région parotidienne était tuméfiée et douloureuse, et la présence de l'air se révélait par de la crépitation. MENDEL.

**Fistules branchiales à paroi complexe; gaine musculaire striée, glandules et diverticules; déductions thérapeutiques,** par le Dr LEJARS. In *Progrès médical*, 13 février 1892.

Sur un cadavre de l'École pratique, M. Lejars a observé la disposition suivante : à droite, une fistule borgne externe s'ouvrait sur la face antéro-latérale du cou et un long faisceau charnu, rougeâtre, strié en long, nettement musculaire, lui faisait suite : ce faisceau allait mêler ses fibres à celles du constricteur supérieur du pharynx. Le conduit borgne se terminait en cul-de-sac à la hauteur du bord supérieur du cartilage thyroïde.

Non loin de cette extrémité supérieure, une petite glande bien conformée était accolée au tractus musculaire; un canal excréteur en émergeait et venait s'ouvrir dans le conduit fistuleux. A gauche, on ne voyait rien à la surface de la peau, mais la dissection fit découvrir la même bandelette charnue pharyngo-cutanée entièrement symétrique à celle du côté droit, mais cette fois isolée, sans glandule, ni conduit fistuleux.

Dans ces cas, la thérapeutique comporte la destruction profonde de ces conduits fistuleux, dans toute leur longueur et dans toute leur épaisseur soit par l'électrolyse, soit par l'extirpation sanglante.

MENDEL.

**Nouveau traitement antiseptique de la diphtérie par l'antipyrine**, par le Dr VIANNA. *Société de biologie*, 26 mars 1892.

Les recherches bactériologiques ont conduit M. Vianna aux conclusions suivantes :

1° L'antipyrine, à partir de la dose de 2 gr. 50 p. 100 a la propriété d'empêcher le développement du bacille diphtérique dans le bouillon et la gélose, et, après le contact en plus de 48 heures pour la dose de 2 gr. 50 p. 100 d'antipyrine et au plus de 24 heures à partir de la dose de 5 p. 100 l'antipyrine a la propriété de tuer les bacilles.

2° Lorsqu'on inocule un cobaye avec une culture en plein développement, la mort tarde d'autant plus que la culture a été additionnée avec l'antipyrine. Ainsi le bouillon filtré, inoculé à la dose de 1 centimètre cube sous la peau d'un cobaye, le faisait mourir au bout de 48 heures avec les lésions caractéristiques de la diphtérie. Par contre, si l'on ajoutait à la culture une dose de 6 à 8 grammes d'antipyrine p. 100, et si on l'injectait après un séjour à l'étuve à 38° pendant 48 heures, l'injection

de ces mêmes doses ne provoquait la mort qu'au bout de 10, 12, 15, 18, 20 et 24 jours.

L'action de l'antipyrine s'exerce encore sur la toxine. Aussi, les cobayes inoculés avec les cultures filtrées au filtre Pasteur, et sans addition d'antipyrine, sont morts en 2 et 3 jours, tandis que d'autres inoculés en même temps et à la même dose et plus, avec les cultures filtrées et contenant de l'antipyrine sont morts, les uns dans un délai de 3 à 10 jours, les autres seulement au bout de 15, 18, 20 et 24 jours.

M. Vianna termine son intéressante étude en rappelant que l'antipyrine peut être employée jusqu'à la dose de 6 grammes par jour, soit par la voie stomacale, soit par injections sous-cutanées à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme une ou deux fois par jour. Localement, ce médicament peut être employé à doses très considérables en poudre, sur les fausses membranes et en solution dans l'eau jusqu'à la dose de 30 à 40 grammes p. 100 sans aucun inconvénient, en gargarismes et en évaporisations.

L'auteur regrette de n'avoir pas pu confirmer cette étude par des applications cliniques. MENDEL.

**Diagnostic de l'angine diphtérique**, par le Dr MARFAN. *Bull. méd.*, 24 mai 1893.

M. croit que ce diagnostic ne peut être porté avec certitude qu'après un examen bactériologique de l'exsudat. Le fait que ce dernier ne se montre qu'à l'entrée des cryptes amygdaliennes ne suffit pas plus pour écarter sa nature diphtérique que sa disposition en fausses membranes n'autorise à l'admettre. M. a en effet rencontré deux fois le bacille de Klebs dans la matière blanche de l'angine folliculaire. Pourtant, ces réserves faites, la praticien qui ne peut généralement pas se livrer à des recherches bactériologiques pourra se fonder sur ce que, dans la grande majorité des cas, l'amygdalite folliculaire n'est pas de nature diphtérique. L'angine pseudo-membraneuse primitive, au contraire, doit être considérée comme diphtérique, abstraction faite des cas fort rares où le diagnostic d'angine herpétique peut être établi sur des signes de certitude.

Passant ensuite aux angines pseudo-membraneuses secondaires, M. étudie tout d'abord celles qui se développent dans le cours de la scarlatine ; or, tandis que celles qui apparaissent dès le début de cette maladie ne sont presque jamais diphtériques, les formes tardives le sont presque constamment.

L'angine pseudo-membraneuse de la rougeole est habituellement grave, on n'y rencontre pourtant pas constamment le bacille de Klebs.

Plus rare est l'angine pseudo-membraneuse de la fièvre typhoïde. Elle pourrait être due au bacile de Klebs (cas de Catrin).

Enfin les angines pseudo-membraneuse qui viennent compliquer un chancre primitif de l'amygdale ou des plaques muqueuses de la gorge ne se sont pas montrées jusqu'ici comme étant de nature diphtérique.

LUC.

**Ulcère de la bouche d'origine tabétique**, par le Dr HUDELO, communic. à la *Soc. franç. de dermat. et syphil.*, 18 mai 1893.

Malade tabétique, ancien syphilitique, atteint depuis un an de lésions trophiques buccales, consistant d'abord en une chute spontanée des dents avec exfoliation du bord alvéolaire des deux maxillaires et en deux ulcères buccaux siégeant l'un à la mâchoire supérieure, l'autre à la mâchoire inférieure : ces ulcères ont un fond grisâtre sanieux, fongueux absolument anesthésiques au tact et à la piqûre, ils intéressent toute l'épaisseur de la muqueuse buccale et vont jusqu'à l'os : par l'ulcère du maxillaire inférieur, le malade a éliminé à plusieurs reprises des fragments osseux. La forme, la marche indolente et sans réaction, l'anesthésie de ces ulcères nous permettent de les assimiler absolument aux maux perforants ; ils relèvent vraisemblablement de névrites de la cinquième paire, d'autant que le malade présente une anesthésie sensitive totale de la peau de la face et de la muqueuse buccale.

LUC.

**Les végétations adénoïdes**, par le Dr PAUL RAUGÉ (de Challes). *Sem. méd.*, 3 juin 1893.

Excellente revue de la question.

LUC.

**Un nouvel analgésique local : la phénylcocaïne**, par POINSOT, directeur de l'École dentaire de Paris. In *Annales des maladies de l'oreille*, etc., mai 1893.

La phénylcocaïne se prépare en faisant fondre à une douce chaleur 50 centigr. d'acide phénique cristallisé synthétique avec 1 gr. de cocaïne chimiquement pure. Au mélange on ajoute 20 gr. d'huile de vaseline chimiquement pure et stérilisée, et 10 gr. d'huile d'arachides stérilisée et l'on chauffe doucement jusqu'à combinaison complète.

Les badigconnages et l'immobilisation de tampons de ouate sur le

champ operatoire peuvent suffire si l'on n'agit que sur les parties superficielles. Quand il faut agir plus profondément, on aura recours aux injections avec la seringue de Pravaz, ou celle de Straus et Collin.

Le maximum d'intensité de l'analgésie varie entre 3 et 10 minutes.

La phénylcocaïne se conserve indéfiniment : elle possède sur les solutions aqueuses de chlorh. de cocaïne les avantages suivants :

1° Action absolument locale, pas de diffusion possible, pas de phénomènes généraux.

2° Conservation des propriétés de la cocaïne pure.

GOULY.

**L'angine de Ludwig,** par le Dr J.-J. MATIGNON. In *Revue de Laryng.*, etc., 15 mai 1893.

L'angine de Ludwig, ainsi appelée du nom de celui qui l'a décrite pour la première fois en 1836, est une lésion bien déterminée du plancher de la bouche; c'est un phlegmon sublingual.

La pathogénie est simple : il faut une porte d'entrée (lésions des glandes de la bouche, des gencives, carie dentaire, etc...) au germe infectieux.

L'affection est surtout fréquente de 20 à 30 ans.

La symptomatologie peut se résumer de la sorte, d'après Leterrier :

Gonflement ligneux et en cuirasse de toute la région sus-hyoïdienne.

Propulsion du plancher de la bouche vers la voûte palatine, et comme conséquence, accidents dyspnéiques graves.

Très mauvais état général.

Présence d'un bourrelet dur à la face interne de l'arcade dentaire inférieure, signe presque pathognomonique pour M. Delorme.

Le pronostic est très grave, si on laisse la maladie abandonnée à elle-même, beaucoup moins sérieux si l'on applique le traitement chirurgical, c'est-à-dire l'ouverture de l'abcès par l'incision de la région sus-hyoïdienne. Si le phlegmon est bilatéral, l'incision partira du milieu de l'os hyoïde pour se terminer à la symphyse du menton : elle sera faite parallèlement et à un travers de doigt au-dessous du bord inférieur du maxillaire, quand le phlegmon est unilatéral. Les fibres musculaires sont dissociées avec la sonde cannelée, et l'on ouvre l'abcès; on fait ensuite des lavages antiseptiques, la plaie est drainée, on applique un pansement à la gaze iodoformée, et l'antisepsie buccale est rigoureusement faite. Les bienfaits de l'intervention sont presque immédiats : seul persiste pendant près d'un mois dans le plancher buccal un bourrelet dur. GOULY.

**Note sur un cas de sarcome de l'amygdale**, par le Dr M. LERMOYEZ. In *Annales des maladies de l'oreille*, etc., avril 1893.

A propos d'une tumeur amygdalienne récemment observée, prise tout d'abord pour un épithéliome, et que l'examen microscopique montra ensuite être un sarcome, L... publie,sur les tumeurs malignes de l'amygdale,cette note très intéressante dans laquelle il s'élève avec juste raison contre la symptomatologie trop délimitée des traités classiques, et la nécessité absolue de s'adresser au microscope pour établir un diagnostic précis, ce qui est d'autant plus utile que le pronostic varie avec la nature de la tumeur. Le microscope lui-même ne sera pas infaillible, souvent en effet les parties de l'amygdale qui seront soumises à l'examen ne comprendront pas le tissu malade dans toute sa profondeur, et le cas de Luc est cité à propos pour montrer que plusieurs examens sont nécessaires pour arriver à une conclusion juste.

Nous reproduisons ici la conclusion de l'auteur : « En fait de diagnostic de tumeur de l'amygdale, seul,l'examen histologique peut faire cesser notre incertitude, et, quand le microscope se met en contradiction trop flagrante avec la clinique, il faut, avant d'accepter sa décision, en appeler plusieurs fois, car lui non plus ne rend pas de jugements qui soient incassables ».

GOULY.

**A case of lupus of the palate, tongue, larynx, and nose. Un cas de lupus du palais, de la langue, du larynx et du nez,** par le Dr LENNOX BROWNE. In *The Journ. of Laryng.*, etc., avril 1893.

La malade, célibataire, âgée de 24 ans, s'est aperçue il y a deux ans que sa voix devenait faible, sans timbre et rauque. Son état général est bon quoique un peu affaibli depuis quelques mois ; après sa maladie laryngée, elle eut une affection de la bouche, puis de la langue, et plus récemment du bord de l'aile gauche du nez.

Actuellement, la langue présente sur les côtés et à la pointe une surface rugueuse, irrégulière, granuleuse, avec de petits nodules d'un rouge foncé, mous au toucher, peu douloureux, ne saignant pas facilement.

Sur la face interne des joues, même apparence s'étendant jusqu'aux piliers antérieurs. Du côté gauche il y a une fissure profonde recouverte d'un dépôt blanchâtre, d'un caractère presque aphteux. Sur la partio supérieure du palais dur, à sa jonction avec le palais mou et à droite de la luette, il y a deux petites plaques ovales de nodules granuleux, par-

fois couvertes d'un dépôt blanc analogue à celui des joues. Au-dessous de l'aile de la narine gauche se trouve un nodule rouge brun, et sur les faces internes des deux ailes du nez, la muqueuse est infiltrée et noduleuse et couverte par places de croûtes d'un brun grisâtre qui laissent voir, une fois détachées, une surface ulcérée et saignante. Le larynx n'est pas fortement congestionné : le contenu des cartilages de Wrisberg est presque effacé et noyé dans une tumeur noduleuse provenant de la commissure postérieure. Les cordes vocales sont légèrement congestionnées, mais non ulcérées. La toux est légère, les crachats ne contiennent pas de bacilles.

On ordonne de l'huile de foie de morue, et les granulations sont détruites par le curettage suivi d'application d'acide lactique.

Deux fragments de tissu granuleux, extraits du larynx et de l'aile du nez, furent examinés au microscope ; ils se composaient de tissu ordinaire de granulation, de globules sanguins, de petites cellules rondes et de cellules épithéliales. Ils ne contenaient ni cellules géantes, ni bacilles.

Au mois de novembre l'ulcération externe de la région nasale est guérie et recouverte d'une cicatrice ferme. L'aspect du larynx est également très amélioré.

La malade quitte l'hôpital pour y rentrer en janvier : à ce moment l'amélioration n'ayant fait aucun progrès, le traitement spécifique étant resté sans résultat, la malade est soumise aux injections quotidiennes de tuberculocidine (de Kleb) qui amenèrent dans son état un changement très favorable. Elle se sentait beaucoup mieux : son appétit avait augmenté, et elle ne ressentait plus de douleurs dans les parties affectées. Certainement meilleur du côté de la langue et du palais, l'état local ne semble pas avoir changé sensiblement du côté du nez et du larynx.

GOUILY.

## IV. — OREILLES

**Casuistische Beiträge zur Pathologie des processus mastoïdeus. (Contribution à la pathologie de l'apophyse mastoïde)**, par le Dr SCHMIEGELOW (de Copenhague). *Zeitschr. f. ohrenheilk.*, XXIV Bd, 1 et 2 Hft. S. 127.

Ce travail renferme deux observations du plus haut intérêt.

Dans la première nous voyons un jeune homme de 22 ans dont l'oreille

droite avait suppuré, lorsqu'il avait 6 ans, dans le cours d'une scarlatine, présenter, à la fin de l'année 1889, à l'occasion d'une attaque d'influenza, une paralysie faciale droite compliquée, au bout de 3 ou 4 mois, de fortes douleurs dans l'oreille du même côté. On constate en même temps, dans le conduit auditif, la présence d'un néoplasme qui récidive obstinément, après plusieurs tentatives d'extirpation. La paralysie faciale est traitée sans succès par l'électrisation.

Ceci se passait à Cologne. Au mois de juin 1891, le malade est soigné à l'Université de Berlin où l'on constate, outre la paralysie faciale, une paralysie atrophique de l'hypoglosse du même côté ; il existe alors un engorgement des ganglions rétro et sous-maxillaires, mais l'exploration de la région mastoïdienne n'y révèle rien d'anormal. Le jeune homme est considéré comme atteint d'un sarcome inopérable du rocher et congédié.

Le 1er mars 1892, donc plus de 2 ans après le début de l'affection, nous retrouvons le malade à Copenhague, où l'extrême intensité de ses douleurs d'oreille le porte à s'adresser à l'auteur pour obtenir de lui un soulagement à tout prix. S. constate l'ensemble de signes notés à Berlin; dans le conduit auditif externe, tumeur sèche, rougeâtre, recouverte d'épiderme, insérée en arrière, mais pas d'écoulement. Diminution considérable de l'ouïe. Région mastoïdienne normale. Engorgement ganglionnaire sous-maxillaire. Paralysie du facial et de l'hypoglosse avec atrophie de la moitié correspondante de la langue.

Tout en s'étonnant qu'une tumeur maligne du rocher n'eût, après deux ans d'existence, déterminé ni écoulement par l'oreille, ni perforation de la lame compacte mastoïdienne, S. admet comme l'hypothèse la plus vraisemblable, l'existence d'un sarcome ayant détruit le facial au niveau du canal de Fallope et comprimant l'hypoglosse par un prolongement de sa masse vers le trou condylien antérieur.

Malgré les dangers et le peu de chance d'une intervention chirurgicale en semblable occurrence, S., ému par les douleurs atroces du malade, se décide à la tenter. Or, quelle n'est pas sa surprise, après avoir fait sauter la paroi osseuse mastoïdienne, de tomber dans une cavité ayant les dimensions d'une noix et remplie de masses cholestéatomateuses et de fongosités! La tumeur constatée dans le conduit auditif n'était qu'un prolongement des fongosités à travers une perforation de sa paroi osseuse postérieure. En arrière, les masses fongueuses, après s'être fait jour à travers la paroi postérieure du rocher, s'étendaient dans l'étage crânien postéro-inférieur, dans la direction du trou condylien antérieur.

Fongosités et cholestéatomes sont radicalement enlevés avec la curette tranchante, sauf en arrière où l'on est obligé d'agir prudemment par crainte de léser la substance cérébrale et où l'élimination des produits pathologiques n'est obtenue que secondairement à la suite d'une sorte d'élimination nécrotique.

Immédiatement après cette intervention, cessation complète des douleurs. Au bout de huit jours, le malade peut reprendre son travail. Cinq mois plus tard, la plaie opératoire était complètement cicatrisée et l'ouïe améliorée au point qu'une montre était perçue à 70 centimètres. Il ne restait comme traces de l'affection qu'une profonde cicatrice derrière l'oreille et les signes persistants de la paralysie du facial et de l'hypoglosse.

Il s'était donc agi dans ce cas, non d'un sarcome du rocher, comme on l'avait longtemps cru, mais d'une ostéite fongueuse due peut-être à la présence, dans les cavités mastoïdiennes, des masses cholestéatomateuses datant de l'otite scarlatineuse de l'enfance et provoquée par l'attaque d'influenza.

S. cite d'ailleurs à la fin de son article le cas d'une fillette de 8 ans qu'il opéra d'un sarcome à petites cellules rondes du rocher ayant déterminé, comme dans le fait précédent, une paralysie du facial et de l'hypoglosse. L'enfant guérit de l'opération, mais fut perdue de vue.

La deuxième observation contenue dans le travail de S. tient vraiment du *miraculeux*. Nous nous étions généralement habitués à considérer l'apparition de lésions métastatiques pleuro-pulmonaires dans le cours d'accidents pyohémiques, comme l'équivalent d'un arrêt de mort pour le malade. Or il paraît que nous devons modifier nos idées sur ce point et que l'arrêt en question n'est pas *inexorable*.

Voici le fait : Un petit garçon de 5 ans est pris brusquement des grands accès fébriles caractéristiques de l'infection pyohémique dans le cours d'une otite moyenne suppurée chronique caractérisée par un écoulement fétide, par une large perforation tympanique et par la présence de végétations polypeuses dans la caisse. Les polypes en question avaient été extraits, mais le traitement n'avait pu être régulièrement poursuivi. Les grandes oscillations thermiques et leur irrégularité d'allure rapprochées de l'intégrité de la région mastoïdienne et de l'absence de tout symptôme cérébral font porter le diagnostic pyohémie, sans qu'il soit possible de préciser le siège du foyer infectant, l'exploration du trajet de la veine jugulaire ayant été négative. A tout hasard l'ouverture des cavités mas-

toïdiennes est décidée et exécutée et, la couche compacte une fois enlevée, on a la surprise de tomber dans une large cavité en communication avec l'étage moyen du crâne et remplie de fongosités et de masses cholestéatomateuses.

Cette cavité est débarrassée par un curettage énergique de tout produit pathologique et bourrée de gaze iodoformée. Cependant, contrairement à l'espoir fondé sur cette intervention, les symptômes généraux persistent avec toute leur gravité, et les accès fébriles se succèdent avec une intensité croissante. S. soupçonnant alors que le foyer pourrait bien occuper le sinus transverse, met à nu ce vaisseau, 4 jours après la trépanation mastoïdienne ; mais l'ouverture du sinus, au lieu d'y révéler la phlébite supposée, donne lieu à un abondant jet sanguin qui doit être arrêté en toute hâte par un tamponnement iodoformé.

Les jours suivants, les accès fébriles continuent et la constatation d'une pneumomie droite métastatique, 8 jours après la dernière intervention, enlève tout espoir de guérison, d'autant plus que l'enfant qui maigrissait et faiblissait à vue d'œil était réduit à l'état de squelette. Dix jours plus tard, on constata les signes d'un empyème dans la cavité pleurale du même côté et l'enfant était presque moribond quand on élimina par une ponction pratiquée dans le 7e espace intercostal, puis après résection de la 7e côte, une abondante quantité de pus horriblement fétide. Le collapsus imminent ne fut conjuré qu'à force d'injections sous-cutanées d'éther.

A partir de là l'état du malade commença à s'améliorer, mais tout d'abord fort lentement, les accès fébriles se répétant pendant un mois encore avec le caractère pyohémique. La complète défervescence ne se produisit qu'au bout de 6 semaines et la fermeture de la fistule pleurale au bout de 6 mois seulement. Malgré, tout l'enfant guérit complètement et la large brèche osseuse se recouvrit d'épiderme se continuant avec celui de la surface de la tête, d'une part par le conduit auditif, d'autre part par un vaste orifice permanent au niveau de la région mastoïdienne.

LUC.

**Case of cerebellar abscess secondary to ear disease, treated by trephining and drainage of abscess ; death. (Un cas d'abcès du cervelet, d'origine auriculaire, traité par la trépanation crânienne et le drainage de l'abcès. Mort)**, par C. E. HARRISSON. In *London Lancet*, 1er octobre 1892.

Chez un jeune homme souffrant depuis deux ans d'une suppuration de l'oreille droite, l'apparition de symptômes cérébraux graves (céphalée,

vomissements, pupilles égales mais paresseuses, légère obtusion intellectuelle), accompagnés de fièvre et d'amaigrissement rapide, fait diagnostiquer une suppuration intra-crânienne. Après une recherche infructueuse du pus dans le lobe sphénoïdo-temporal du cerveau, on trépane l'os occipital et une ponction appliquée au cervelet permet d'y découvrir et d'en évacuer du pus.

Mort, le second jour, après une amélioration passagère. L'autopsie permit de constater que l'abcès cérébelleux, loin d'être enkysté, était circonscrit par du tissu cérébral ramolli. Nécrose des faces antérieure et postérieure du rocher. LUC.

**Observation of a case of acute purulent otitis media : cerebellar abscess and death in three weeks. (Observation d'un cas d'otite moyenne suppurée aiguë terminée en trois semaines par abcès cérébelleux et mort)**, par le Dr C. BURNETT. In *Internat. med. Magaz.*, de Philadelphie, août 1892.

Fillette de 5 ans 1/2. Otite moyenne suppurée droite aboutit à perforation spontanée du tympan. Presque aussitôt, apparition de céphalée frontale et d'obtusion intellectuelle dégénérant bientôt en coma. On diagnostique un abcès cérébral, mais tout élément de localisation précise manquant, après ouverture et curettage des cellules mastoïdiennes infiltrées de pus, on trépane la région temporo-sphénoïdale et l'on ponctionne le lobe correspondant de l'hémisphère cérébral sans y découvrir de pus. L'état de l'enfant paraissant contre-indiquer tout nouveau traumatisme, on s'abstient de découvrir et de ponctionner l'hémisphère cérébelleux. Cependant l'enfant ayant succombé au bout de 11 heures, l'autopsie révéla un abcès de l'hémisphère droit du cervelet, contenant environ deux onces de pus non fétide. Sur la face postérieure du rocher se voyait une perforation donnant accès dans la cavité tympanique.

LUC.

**Infective nephritis from otitis media. (Néphrite infectieuse consécutive à une otite moyenne)**, par le Dr RASCH. In *Univers. med. journ.*, avril 1893.

R. a observé un enfant de 7 mois qui, après une légère attaque d'angine, fut pris de fièvre, vomissements, strabisme convergent de l'œil gauche, et tomba dans le coma. L'urine contenait du pus, des masses de microcoques ; au bout d'une semaine on y trouvait du sang. Un mois après

le début de la maladie il y eut un écoulement de pus par l'oreille droite. La mort survint en quelques jours. A l'autopsie on ne trouva rien de particulier ni dans le crâne, ni dans le thorax, ni dans l'abdomen. Seuls, les reins avaient augmenté de volume : au niveau de leur portion corticale on constatait des taches rouges contenant des points blancs qui renfermaient des diplocoques, des chaînes de streptocoques, et les pneumocoques de Fraenkel.

L'auteur croit que c'est l'oreille qui a été le foyer d'origine de l'agent infectieux, et recommande l'examen attentif de cet organe, lorsque en présence d'un état infectueux, on n'en trouve l'origine dans aucune autre partie du corps. GOULY.

**Otite externe syphilitique tertiaire**, par H. MENDEL, interne des hôpitaux. In *Annales des mal. de l'oreille*, etc., mai 1893.

Louise D..., âgée de 34 ans, contracte la syphilis en avril 1891. Elle entre à l'hôpital en octobre 1892, pour des syphilides tuberculo-squameuses circinées, et en sort très améliorée après trois semaines de traitement. Elle y rentre en janvier 1893 : ses deux pavillons sont le siège de syphilides tuberculo-squameuses suintantes, presque confluentes, infiltrées, qui ne tardent pas à se recouvrir de croûtes épaisses et larges. Au bout de 15 jours la malade se plaint de douleurs violentes dans l'intérieur des oreilles, surtout du côté gauche : ces douleurs s'accompagnent, des deux côtés, d'un écoulement épais, jaune verdâtre, d'abondance moyenne. L'introduction du spéculum est douloureuse. Les conduits sont tapissés de petites croûtes et de produits de desquamation épithéliale. Les tympans sont notablement hyperhémiés.

Le traitement local consiste en lavages boriqués suivis d'assèchement des conduits, et d'instillations de glycérine iodoformée tiède.

Les pavillons deviennent complètement nets en peu de temps ; les douleurs persistèrent plus longtemps et ce n'est que le 14 mars que la malade put quitter l'hôpital : à ce moment il n'y a plus ni douleurs ni écoulement. GOULY.

**Un cas de surdi-mutité hystérique**, par le professeur G. LEMOINE, de Lille. In *Méd. mod.*, 31 mai et 3 juin 1893.

D'Holl... Fr., âgé de 40 ans, ouvrier frappeur, est un hystérique avéré, d'une susceptibilité et d'une sensibilité exagérées ; depuis plusieurs années il a eu des crises accompagées de violente céphalalgie, de

douleurs épigastriques et xiphoïdiennes, de sensation de boule remontant dans le pharynx, dont l'intensité allait sans cesse en augmentant. En se levant un matin, il tombe lourdement à terre et reste sans connaissance pendant deux heures ; quand il revint à lui, il était sourd-muet et ne pouvait marcher ; c'est alors qu'on l'apporte à l'hôpital. On constate à l'examen qu'il n'y a ni hémiplégie droite ni contracture ; l'oreille externe est complètement insensible à tout chatouillement, l'audition est nulle ; le malade ne parle pas mais répond très bien par écrit. Les membres supérieurs sont intacts, mais dans les membres inférieurs il existe de la parésie ou plutôt un trouble de la coordination. La sensibilité est pervertie ou abolie en divers points du corps. Le Dr Jone voulut bien se charger de pratiquer le traitement par la suggestion, et se décida à employer le sens du toucher pour développer chez le malade une autre suggestion capable de le faire entendre. Le malade fut placé devant le miroir rotatif et hypnotisé : deux doigts furent alors appliqués au niveau des conduits auditifs pour les boucher complètement ; au bout de quelques secondes, écartant subitement les mains, on cria au malade : entendez ; l'ouïe reparut quand la même manœuvre eut été répétée trois fois : en quelques séances le malade entendait comme par le passé. Le même succès fut obtenu pour la parole après avoir fait exécuter au patient une gymnastique progressive et complète de la parole : les symptômes de parésie disparurent également, et un mois après son entrée à l'hôpital, le malade était complètement guéri. GOULY.

**Les complications septico-pyohémiques dans l'otite**, clinique chirurgicale du Dr GÉRARD-MARÇHANT. *Semaine médicale*, 1893, 28 juin.

Cette intéressante leçon a été faite à l'occasion du fait suivant :

Une vingtaine de jours après le début d'un écoulement purulent de l'oreille gauche, survient chez une femme un état de dépression très marqué accompagné de ptosis de l'œil droit. Les jours suivants, apparition d'un ensemble caractéristique de symptômes méningitiques (dilatation des pupilles, vomissement spontané, raideur de la nuque) en même temps que l'on note une hémiplégie faciale du côté de l'écoulement et une température de plus de 40°. Suppression de l'écoulement d'oreille dès l'apparition de ces symptômes méningitiques. Aucun signe de suppuration mastoïdienne.

Croyant à un abcès du cerveau G. M. commence par ouvrir l'antre

mastoïdien où il ne trouve d'ailleurs pas de pus, puis, la constatation du ptosis lui faisant supposer que l'abcès cérébral présumé pourrait bien siéger au voisinage du sillon de Rolando ou du pli courbe, il découvre ces régions de l'écorce cérébrale par plusieurs couronnes de trépan, et ponctionne la substance cérébrale en trois points différents, au moyen d'un bistouri effilé, mais n'obtient pas l'issue du pus recherché. Il ne découvre pas non plus de pus entre la dure-mère et le rocher, en cherchant à décoller cette membrane au moyen d'une sonde recourbée. Cependant, le malade ayant succombé 3 heures plus tard, l'autopsie révéla :

1° L'absence complète de lésions du rocher et l'intégrité absolue de la dure-mère à ce niveau;

2° L'existence d'une méningite aiguë diffuse avec des plaques de suppuration dans différents points de chacun des hémisphères.

3° L'absence complète de lésions viscérales.

G. M. conclut très justement de ces constatations que dans ce cas l'otite a déterminé une affection microbienne générale dont la méningite n'a été qu'une manifestation secondaire.

Il rapproche ce cas d'autres faits antérieurement publiés par Moos, Netter, Zaufal, Chauvel, Reclus, où l'on voit des suppurations viscérales survenir sur des points très divers de l'économie, dans le cours d'une otite suppurée accompagnée ou non de suppuration mastoïdienne.

LUC.

**The tuning fork as a remedy in ear diseases. Le diapason comme moyen de traitement dans les maladies de l'oreille**, par le Dr J. SIMROCK. In *N. Y. med. Journ.*, 10 juin 1893.

Une membrane élastique, tendue, entre en vibration lorsqu'elle est mise en communication avec un corps vibrant : c'est cette propriété physique que l'auteur applique à la thérapeutique de l'oreille en communiquant au tympan les vibrations d'un diapason au moyen d'un stylet métallique appliqué sur la surface de la membrane. Ces vibrations se communiquent aux osselets, et peuvent avoir une heureuse influence sur toutes les maladies, sclérose progressive, catarrhe chronique, etc., qui en altèrent la mobilité naturelle.

Les meilleurs résultats seront obtenus dans les cas où la voix ordinaire s'entend encore à un mètre. Quand il y a ankylose de l'étrier, ou ossification de la membrane de la fenêtre ovale, l'effet obtenu ne sera ni meil-

leur ni pire que celui que l'on retire des autres modes de traitement. On obtient quelquefois après quelques séances la disparition complète des bourdonnements d'oreille : chez certains malades ils diminuent d'intensité et de fréquence ; dans d'autres cas le traitement reste sans effet.

Quand on emploie ce procédé, il faut commencer par des séances de courte durée, avec un diapason à vibrations faibles. GOULY.

**Suppuration des cellules mastoïdiennes, douleurs intolérables ; trépanation de l'apophyse mastoïde ; abcès en contact avec la dure-mère. Disparition des douleurs ; quelque temps après, apparition d'un délire de persécutions**, par le Dr G. MAUNOURY. In *Revue intern. de Rhin., Ot. et Laryng.*, 10 mai 1893.

M. Th..., âgé de 73 ans, est pris vers la fin d'avril 1892, d'une otite aiguë qui donne lieu à un écoulement purulent abondant par l'oreille droite, accompagné de douleurs intolérables notamment dans la région temporale. Aucun trouble cérébral autre que des vertiges. A la fin d'août, apparition dans la région mastoïdienne d'une rougeur diffuse avec empâtement et induration de la région : le sillon rétro-auriculaire était conservé. L'exploration était très douloureuse. L'apophyse mastoïde est trépanée le 1er septembre et donne issue à une quantité de pus du volume d'une noisette ; la curette ramène des fongosités molles et saignantes, mais le curettage ne se fait bien que par en bas ; en haut, la cavité s'étend très loin ; les battements isochrones au pouls que l'on constate dans le sang qui s'accumule dans la cavité de l'abcès font conclure à une destruction complète de la lacune osseuse de la fosse sphénoïdale et à la communication des battements par le liquide céphalo-rachidien. La plaie est lavée à l'eau phéniquée, et bourrée de gaze iodoformée.

Les douleurs, l'écoulement purulent cessent aussitôt après l'opération. En novembre la guérison est complète. En décembre le malade présente des idées de persécution, et vit dans une terreur continuelle. Deux fois il a tenté de se suicider. GOULY.

**Caries of the entire pyramid of the temporal bone. (Carie de la totalité de la pyramide de l'os temporal)**, par le Dr MAX THORNER, de Cincinnati. *The Cincinnati Lancet Clinic.*, 10 juin 1893, p. 678.

Il s'agit d'une petite fille de 2 ans, mal développée, issue de parents tuberculeux, et dont l'oreille gauche suppure depuis la 4e semaine de sa

naissance. L'examen de l'oreille malade montra le conduit encombré de polypes qui furent extraits au moyen de l'anse. On put alors constater l'existence d'une perforation de la paroi postéro-supérieure du conduit osseux par où la sonde pénétrait dans une cavité remplie par un séquestre osseux.

Thorner ouvrit l'antre mastoïdien par le procédé ordinaire et découvrit alors que toute la portion pyramidale du rocher était nécrosée et mobile, au point qu'il put l'enlever en totalité, au moyen d'une pince.

La brèche osseuse fut soigneusement curettée. L'examen des fongosités extraites n'y révéla pas de bacilles de Koch. Pendant neuf mois l'enfant conserva une fistule qui finit par se cicatriser, laissant une profonde dépression derrière le pavillon.

Quand on pratique l'otoscopie on aperçoit nettement, par suite de la disparition de la paroi postéro-supérieure du conduit osseux, la cavité pathologique recouverte d'une couche épidermique et se continuant avec la cavité tympanique qui est elle-même parfaitement accessible aux regards, par suite de la destruction de la membrane tympanique et des osselets. LUC.

# BIBLIOGRAPHIE

**Archiv für Laryngologie und Rhinologie,** herausgegeben von Prof. Dr BERNARD FRAENKEL. Verlag von August Hirschwald.

Nous signalons d'une façon toute particulière à nos collègues en laryngologie l'apparition du premier numéro du nouveau journal de laryngologie et de rhinologie fondé par le professeur B. Fränkel de Berlin. A en juger par le sommaire de ce premier numéro, ce nouvel organe de notre spécialité paraît exclusivement destiné à la publication de travaux originaux. Nous ne doutons pas que la grande réputation de son directeur, ses nombreuses relations dans le monde de la laryngologie et l'universelle sympathie dont il jouit ne lui rendent aisée la réalisation de son but.

Nous applaudissons d'avance au succès de ce nouvel organe, persuadé qu'il provoquera l'éclosion de travaux intéressants dans le domaine spécial de nos études et qu'il exercera sur elles une bienfaisante impulsion.

Voici la liste des articles publiés dans ce premier fascicule. L'intérêt des sujets traités et l'autorité des noms dont ils sont signés nous paraissent garantir l'exactitude de notre pronostic.

1° *Studien zur feineren Anatomie des Kehlkopfs, s. Das Stimmband, seine Leisten und Drüsen*, par le professeur B. FRANKEL.

2° *Ueber das angeborene Diaphragma des Kehlkopfs*, par le professeur P. BRUNS.

3° *Die seitlichen Divertikel des Nasenrachenraumes*, par le professeur MORITZ SCHMIDT.

4° *Ueber Messungen des Tiefendurchmessers der Nasenscheidewand bzw des Nasenrachenraums; ein Beitrag zur ætiologischen Beurtheilung der Ozœna*, par le Dr HOPMANN.

5° *Zwei Fälle von akutem Iodödem des Larynx*, par le Dr SCHMIEGELOW.

6° *Die Pathologie der Zungentonsille*, par le Dr OTTO SEIFERT.

7° *Beitrag zur Frage über die Möglichkeit des Uebergangs gutartiger Kehlkopfgeschwüste in bösartige*, par le Dr SOKOLOWSKI.

8° *Ueber Papillome der Mundrachenhöhle*, par le Dr KAHN.

9° *Uber cavernöse Angiome der Nasenschleimhaut*, par le Dr SCHWAGER.

10° *Ein neuer Griff für galvanocaustiche Schlinge*, par le Dr KEIMER.

11° *Beschreibung eines Taschenbestecks für Hals, — Nasen, — und Ohrenärtzte und eines veräuderten Kehlkopfspiegels*, par le Dr AVELLIS.

Ce premier fascicule renferme 119 pages sans compter celles réservées aux figures. Il paraîtra annuellement de 3 à 4 fascicules semblables.

LUC.

---

# VARIA

—

Notre confrère, le Dr Jean Sendziak, nous prie d'annoncer à nos lecteurs que son travail sur *Les tumeurs malignes du larynx et leur traitement*, présenté au concours international de Toulouse (1892-1893), a été récompensé par une médaille d'or et une somme de mille francs.

# OUVRAGES REÇUS

1° *Report of cases in the throat department*, par le Dr Emil Mayer.

2° *De la mycose leptothrixique pharyngée*, par le Dr Albert Colin.

3° *Des tumeurs malignes de la cloison des fosses nasales*, par les Drs Gouguenheim et Hélary.

4° *La maladie et la mort de François II, roi de France*, par le Dr Potiquet.

5° *Phtisies pulmonaires et laryngées traitées par l'emploi intensif de l'iode métalloïde en combinaison organique instable associé à des phosphates physiologiques et en inhalations*, par le Dr Cadier et M. L. Jolly.

6° *Des perforations de la membrane de Shrapnell*, par le Dr Aimar Raoult (de Paris).

7° *Intubation for stenosis of the larynx in a boy twelve years old*, par Ch.-H. Knight.

8° *Missbildungen der Ohrmuschel*, par le prof. Gradenigo (de Turin).

9° *Sur la priorité de la méthode physiologique de cathétérisme de la trompe d'Eustache, etc...*, par le Dr Corzolino (de Naples).

10° *Necrologia del Dottor Francesco Felici*, par le même.

11° *De l'emploi des accumulateurs en médecine et de la meilleure manière de les charger*, par le Dr Lichtwitz (de Bordeaux).

12° *Note sur les troubles de la motilité des organes de la voix et de l'articulation chez les sourds-muets*, par le Dr Ch. Féré (de Paris).

13° *Studien zur feineren Anatomie des Kehlkopfs. 1. Das Stimmband, seine Leisten und Drüsen*, par le prof. B. Frankel (de Berlin).

14° *Des tumeurs malignes de la cloison des fosses nasales*, par les Drs Gouguenheim et Hélary.

15° *Beitrag zur Diagnose des isolirten Pemphigus der Schleimhaut der oberen Luftwege*, par le prof. CHIARI (de Vienne).

16° *Entgegnung auf Dr Laker's Erwiderung*, par le même.

17° *Erwiderung an Hernn Dr Braun*, par le même.

18° *Beitrag zur Frage über die Möylichkeit des Uebergangs gutartiger Kehlkopf geschwülste in bösartige*, par le Dr A. SOKOLOWSKI (de Varsovie).

19° *Lymphoïd growths in the vault of the pharynx*, par le Dr THOMAS R. FRENCH (de Brooklyn).

20° *De l'empyème du sinus frontal*, par le Dr LÉON MONTAZ (de Grenoble).

20° *Kopfschmerz bei Nasenleiden*, par le Dr P. HEYMANN (de Berlin).

22° *Cuatro casos de estirpacion parcial de la laringe*, par le Dr JUAN CISNEROS (de Madrid).

*Le Gérant* : G. STEINHEIL.

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ARCHIVES INTERNATIONALES
DE
LARYNGOLOGIE, DE RHINOLOGIE
ET
D'OTOLOGIE

# TRAVAUX ORIGINAUX

## OTITE MOYENNE SUPPURÉE, CARIE DE LA PAROI INTERNE DE LA CAISSE, PARALYSIE FACIALE. OPÉRATION DE STACKE. MORT. AUTOPSIE

Par le Dr **Lubet-Barbon.**

M. G..., 40 ans, se présente à la clinique le 3 juin 1893. Il se plaint de vives douleurs dans la tête, du côté droit. Ces douleurs qui lui enlèvent le sommeil ont débuté il y a environ trois semaines, presque brusquement, et ont été accompagnées à ce moment d'un écoulement assez abondant par l'oreille. Elles se sont un peu calmées, mais l'oreille ayant à peu près cessé de couler, elles ont repris de plus belle. Jusqu'à cette époque, le malade n'avait rien présenté de particulier du côté de son oreille.

Il attribue les accidents dont il souffre à un coup de froid. Comme antécédent, on apprend qu'il a été traité autrefois pour une bronchite chronique, ayant duré longtemps et dont il paraît rétabli.

L'exploration des parties externes montre que la région apophysaire, où le malade localise ses douleurs, est normale et ne présente ni gonflement, ni rougeur. La pression en ce point est très douloureuse. Le conduit contient du pus qui coule en petite quantité. On le lave et on aperçoit dans le fond une membrane rouge, gonflée, sur laquelle on ne peut distinguer ni les points de repère ordinaires, ni trace de perforation.

Mais par la douche d'air on se rend compte que celle-ci existe et, en regardant, après avoir chassé par le cathétérisme le liquide contenu dans la cavité, on voit que le pus sourd vers le pôle supérieur, et que l'orifice

de la perforation est obturé par une production polypeuse faisant presque hernie hors de la caisse.

On conseille au malade des bains d'oreille, avec la glycérine phéniquée au 1/30.

6 juin. On enlève à la curette un polype paraissant venir de la partie supérieure de la caisse.

Le 10. Le polype a récidivé ; il est même plus volumineux et peut être enlevé à l'anse froide.

Le 13. Le malade se plaint de plus en plus de ses douleurs dans toute la tête, et, comme la membrane paraît extrêmement tendue, on fait une paracentèse très large, allant de haut en bas. Il sort peu de pus.

Le 15. Par cette paracentèse, on voit la caisse très végétante partout. On enlève à la curette quelques-unes de ces végétations.

Le 17. Le malade va mieux.

Le 20. Le malade ne souffre pas, son oreille coule.

Le 22. Ablation à la curette d'un polype venant de la région de Shrappnell.

Le 24. Les polypes récidivant, les douleurs étant devenues plus fortes, je me décide à enlever le marteau. L'opération est faite assez facilement ; la tête de l'osselet est parfaitement saine.

Le 28. Il existe à la partie inférieure de la caisse trois grosses granulations qui sont enlevées à la curette.

6 juillet. Le malade va bien, il souffre moins, la perforation est béante, la douche d'air, en chassant le pus de la caisse, diminue la tension dont se plaint le malade.

Le 11. La perforation paraît très suffisante, surtout en bas. Dans le haut on voit encore des granulations.

Le 18. Le malade revient à la clinique, porteur d'une paralysie faciale survenue la veille. La caisse est de nouveau pleine de granulations.

Devant la marche des symptômes, je pense qu'il serait bon d'ouvrir largement la caisse, pour aller chercher le point malade et lever, si c'est possible, la compression du facial que je crois comprimé par un séquestre de la caisse.

L'opération est acceptée, et elle est faite le 21 juillet (1), suivant le procédé de Stacke. T. 37°,2 la veille au soir, 36°,8 le matin, avant l'opération.

(1) L'opération a été pratiquée à l'hôpital Bichat dans le service du professeur Terrier, avec l'aide de M. Varona, en présence de notre ami Hartmann ; nous les remercions de leur assistance.

La peau est sectionnée en arrière du pavillon, celui-ci est décollé et porté en avant, le conduit est sectionné dans la profondeur, de façon à se rapprocher le plus possible de la caisse et à mettre sous les yeux l'orifice osseux du conduit auditif.

Cela fait, j'enlève à la gouge et au maillet la partie recourbée du conduit qui cache la partie supérieure de la caisse, de façon à mettre de niveau le toit de la caisse et la paroi supérieure du conduit auditif. Ainsi la caisse tout entière est mise à nu. Elle est remplie de granulations qui sont enlevées à la curette. Malgré une recherche attentive, je ne trouve pas le séquestre que je comptais trouver sur le trajet du facial, mais tous les points de la caisse ayant été curettés, je pensais avoir enlevé les parties malades. Tamponnement à la gaze iodoformée, points de sutures dans les parties supérieure et inférieure de l'incision.

Temp. du soir, 38°,6.

Le 22. T. 37°,8. Soir, 39°,8.

Le 23. T. m. 38°,8. On fait un premier pansement, mais l'état de la plaie n'explique pas la température. Soir, 39°,6.

Le 24. Matin, 38°. Soir, 40°.

25. Matin 39°. J'assiste au pansement, la plaie est blafarde, exempte de toute inflammation, comme morte. Le pansement est sec. La paralysie faciale n'a en rien diminué. Depuis la veille ou l'avant-veille, il se produit des phénomènes de parésie avec contracture du côté du bras droit, ce qui indique le développement de la méningite.

Le malade est délirant.

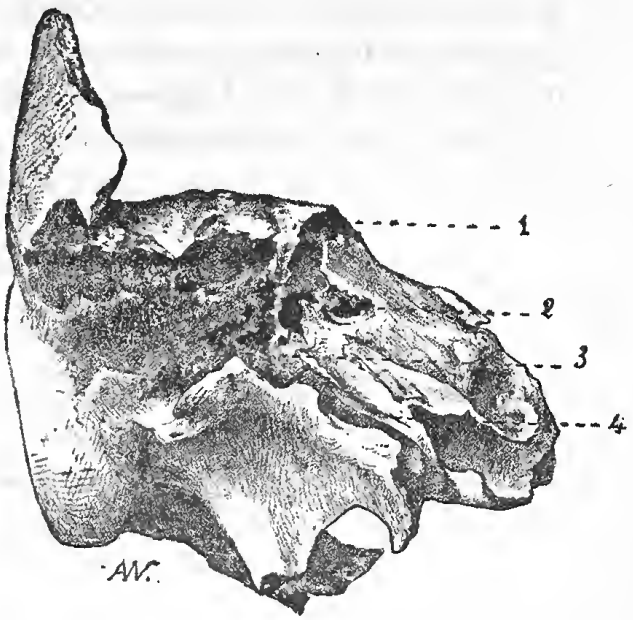
T. du soir, 38°,8.

Il meurt le 26 dans le même état.

L'autopsie a été faite le lendemain par M. Lieffing qui a pu très habilement extraire le temporal. On y remarque les lésions dont je présente ici le dessin.

On remarque d'abord que par l'élargissement en haut et en arrière du conduit auditif on a libre accès dans toute l'étendue de la caisse, ce qui permet de voir que toute la partie inférieure est saine ; la fenêtre ronde, le promontoire ont leur aspect normal. Il n'en est pas de même au-dessus de celui-ci. La fenêtre ovale est déformée, la lamelle osseuse qui la sépare du canal de Fallope n'existe plus et en ce point le facial qui entre dans la paroi interne de la caisse est

détruit et se perd dans une bouillie qui, étant enlevée avec soin, permet de voir que la portion du labyrinthe située au-dessus du promontoire est ouverte dans la caisse et que la paroi osseuse qui sépare l'oreille moyenne de l'origine des canaux demi-circulaires a disparu pour laisser place à une cavité à bords anfractueux et déchiquetés, donnant accès dans l'oreille interne. Mais la lésion qui me paraît la plus




1. Canal demi-circulaire transverse. — 2. Paroi labyrinthique détruite. — 3. Promontoire. — 4. Canal tubaire.

intéressante à signaler est celle que présente le canal demi-circulaire supérieur.

On sait que ce conduit est situé dans l'épaisseur même du rocher, et qu'il est creusé comme un tunnel dans son bord supérieur dont il croise la direction. Sur certains sujets on peut voir sur ce bord supérieur la légère saillie qui forme la boursouflure du canal demi-circulaire. La lamelle osseuse qui forme cette saillie a disparu dans notre cas et le tunnel est transformé en tranchée fermée en bas en avant et en arrière par l'os lui-même, couverte en haut directement par la dure-mère.

Par cette gouttière la caisse communiquait avec la cavité crânienne.

L'étude de cette pièce nous donne quelques enseignements précieux en même temps qu'elle nous explique la série des accidents que nous avons observés.

D'abord la paralysie faciale. Elle était incurable, puisqu'elle n'était pas due comme nous le pensions à une simple compression, mais à une destruction du nerf.

La marche des accidents : nous opérons un malade sans fièvre; après l'opération la température monte et des phénomènes de méningite se manifestent alors que rien du côté de la plaie n'explique ces accidents.

Quelle est la part de l'intervention dans leur production? Ce malade avait certainement sa lésion depuis longtemps, et malgré la communication entre la caisse, foyer de suppuration et l'espace sous-dure-mérien, il ne présentait aucun phénomène menaçant à aussi bref délai.

On peut penser jusqu'à un certain point qu'il s'était produit des manifestations inflammatoires lentes qui avaient en quelque sorte enkysté la lésion, créé une barrière suffisante pour s'opposer à la propagation. L'opération aurait-elle détruit cette barrière?

Quelle conduite autre eût-il convenu de tenir? La même certainement, mais peut-être eût-il mieux valu intervenir plus tôt, avant la paralysie faciale, alors que les douleurs si vives de la tête et la repullulation des bourgeons charnus indiquaient une lésion osseuse bien nette.

Peut-être en ce moment l'ouverture large, le grattage des parties malades eût-il arrêté les progrès de la carie de la paroi labyrinthique.

# DE
# LA CÉPHALALGIE DANS LES AFFECTIONS NASALES

Par le Dr **P. Heymann**,
Privat docent à l'Université de Berlin.

La grande fréquence de la céphalalgie ainsi que sa ténacité habituelle ont conduit depuis longtemps à rechercher — sans grand succès d'ailleurs — ses causes et ses remèdes.

Parmi les causes les plus fréquentes de ce symptôme pénible figurent certainement les maladies du nez et de ses annexes; le traitement de ces affections permet souvent de guérir la céphalalgie. Chacun sait que les maux de tête accompagnent ordinairement le coryza aigu; on sait également que la présence, dans une chambre, de fleurs trop odorantes, donne la migraine; il n'en est pas moins vrai que la notion de la céphalalgie causée par les maladies du nez ne date pas de dix ans, et qu'elle n'a pas encore assez pénétré dans les idées médicales. Avant les travaux de Hack et de ceux qui ont écrit après lui, on ne trouve dans la littérature que peu de faits de ce genre, quoique presque tous les rhinologistes aient rapporté dans leurs journaux des observations probantes. Une regrettable tendance de l'esprit médical actuel consiste à accepter avec enthousiasme les idées nouvelles, et à ne pas les envisager avec calme et impartialité: c'est ainsi que Hack lui-même, et encore plus ses successeurs, dépassa le but dans ses conclusions. Quelques-uns mêmes prétendirent — je fais allusion à l'excellent travail de Schnetter (de New-York) — que sans maladie du nez, il ne pouvait y avoir de céphalalgie (2). Ces exagéra-

(1) Sous le même titre, Bresgen a publié dans le *Münchener medicin. Wochenschrift*, n° 5, un travail que j'ai pu consulter en partie.

(2) *La céphalalgie nerveuse.* Étude clinique par SCHNETTER. Heidelberg, 1889.

tions, les erreurs et les insuccès qu'elles amenèrent, ont entraîné le scepticisme du public médical, même à l'égard des faits bien observés.

Je suis loin de vouloir défendre une opinion aussi exclusive. Mon seul but est d'établir, qu'à côté d'une série d'autres causes, les maladies du nez sont souvent l'origine de maux de tête, et qu'alors leur guérison a d'exellents résultats.

Si l'on se rappelle quelles espèces de céphalalgies peuvent produire les maladies du nez, on se rend compte qu'on en a peu à exclure. Ces affections peuvent produire les sensations de lourdeur de tête, de déchirure générale, la névralgie du nerf sus-orbitaire, aussi bien que la douleur occipitale, et que la migraine chronique ou avec accès. Il est difficile, dans ce sujet, d'énoncer un principe général. Dans nombre de cas, le diagnostic est éclairé par des symptômes spéciaux, tels que : obstruction nasale, éternuements, etc.

Avant de rechercher quelles affections nasales peuvent produire la céphalalgie, il convient d'examiner comment une affection de ce genre peut se traduire par du mal de tête. On peut compter quatre modes de production de la céphalalgie. D'abord, et à mon sens, plus souvent qu'on ne le dit, la sensation du mal de tête peut provenir d'une fausse localisation. Les sensations des voies respiratoires supérieures, sont toujours faussement perçues : par exemple, les douleurs siégeant nettement dans le pharynx, seront rapportées au larynx ou au sternum. De même, des douleurs nettement nasales, se traduisent de temps en temps par de la céphalalgie.

Le second mode de production de la céphalalgie dérive de l'irradiation, si l'on peut dire. Il pourra être fort difficile dans certains cas, de décider si la céphalalgie est le fait d'une localisation ou si la douleur est ressentie au niveau du rameau terminal d'une autre branche du même nerf.

Les affections du sinus maxillaire fournissent des exemples classiques de ces faits. Ce sinus, ainsi que les cavités sphénoïdales et ethmoïdales, est innervé par la seconde branche

du trijumeau, et cependant les douleurs émanées de ces cavités sont ressenties comme de véritables céphalalgies, c'est-à-dire dans la zone de la première branche du trijumeau.

La différence caractéristique de cette classe de céphalalgies avec la troisième classe — celle des réflexes — consiste en ce que celle-ci a pour siège les centres nerveux, tandis que la première s'exerce sur les nerfs périphériques. Ce sont surtout les céphalalgies réflexes qui ont attiré l'attention des médecins et sur lesquelles la littérature ne tarit pas depuis les premières communications de Voltolini, Haemisch, B. Fränkel et Hack. Actuellement, si la pathogénie des réflexes d'origine nasale soulève bien des discussions, leur existence ne doit pas être mise en doute. On paraît accepter en général au sujet de l'origine des réflexes nasaux l'hypothèse que j'émis avant en 1886 (1) et par laquelle je considérais comme cause de ces réflexes une sorte de chatouillement produit par un contact anormal exercé sur la muqueuse. A côté de cette excitation des extrémités sensibles du trijumeau nous devons ranger l'excitation de l'olfactif, produite par les odeurs fortes et prolongées.

L'hypothèse d'une névrose réflexe offre ceci de défectueux, qu'elle exige bien des postulats et qu'il faudrait admettre, pour arriver au diagnostic, une neurasthénie diathésique, ainsi que Rossbach l'a le premier établi (2).

Le quatrième mode de production de la céphalalgie nasale a pour cause la compression des vaisseaux efférents des fosses nasales. Les veines ethmoïdales communiquent largement avec les veines de la dure-mère, du cerveau et avec le sinus longitudinal ; nous savons, en outre, d'après les travaux d'Axel Key et de Retzius, que les vaisseaux lymphatiques du nez sont en communication par la lame criblée avec les espaces sous-dure-mériens et sous-arachnoïdiens.

---

(1) *Deutsche medizinal Zeitung*, 1886, p. 495.

(2) Préface à l'ouvrage de RUNGE : *Le nez dans ses rapports avec les autres parties du corps*. Iéna, 1880.

On comprend donc comment une stase veineuse ou lymphatique dans les fosses nasales pourra se propager au cerveau, et comment les affections nasales les plus diverses pourront produire la céphalalgie.

Examinons d'abord les rétrécissements des voies nasales, qu'on peut distinguer en constants et transitoires. Les premiers, dus au gonflement de la muqueuse, à la réplétion des vaisseaux du tissu érectile, seront particulièrement caractérisés lorsqu'ils coïncideront avec un rétrécissement constant, congénital ou acquis, ou avec des malformations de la cloison, crêtes, épines — ou des dilatations osseuses des cornets. L'adossement des muqueuses gonflées produit une pression quelquefois assez forte pour qu'on puisse reconnaître les points comprimés de la muqueuse, à leur rougeur spéciale.

Dans ces cas, on peut souvent réveiller la céphalalgie en touchant les points accessibles avec l'extrémité d'une sonde ; inversement, par l'application de cocaïne sur ces mêmes points, on peut faire cesser le mal de tête. Malheureusement, dans la majorité des cas, il est difficile, même impossible de découvrir le point affecté de la muqueuse nasale.

Par le même mécanisme — compression ou contact intermittent — la céphalalgie peut être amenée par l'existence de polypes ou d'hyperplasies polypoïdes.

La seconde espèce d'affections nasales, à laquelle nous avons affaire, est constituée par les collections purulentes enkystées ou enfermées dans les sinus. Les procédés d'exploration usités actuellement, nous permettent de découvrir ces abcès. Ils représentent aussi des causes de céphalalgie, de même que les croûtes désséchées de l'ozène.

Enfin, les processus d'inflammation ou de carie du squelette nasal peuvent aboutir au même résultat.

Mais ni le mode, ni le siège de la céphalalgie, comme nous l'avons dit, ne nous permettent de diagnostiquer la nature de l'affection nasale, ni même d'en reconnaître l'existence.

Ce n'est que grâce à des explorations minutieuses et répétées du nez, au moyen de tous les procédés de la technique moderne, et par les résultats d'une thérapeutique attentive que nous pourrons être efficacement renseignés. Cependant, dans les céphalalgies d'origine douteuse, on devra toujours penser à une affection nasale, et rechercher dans le nez le point de départ possible du symptôme en question.

---

## LES RÉFLEXES D'ORIGINE NASALE

Travail lu au Congrès de médecine interne de Wiesbaden (1893).

Par le Dr **Wilhelm Fliess** (de Berlin).

(*Autoreferat.*)

Depuis Hack, on pensait que quelques troubles nerveux, comme certaines formes de migraines ou d'asthme, *pouvaient* être en relation avec des maladies nasales, mais on n'était pas en état de dire, dans un cas donné, si le nez participait à la maladie à distance. Cette incertitude diagnostique est aujourd'hui levée grâce à un signe découvert par l'auteur (1). Au moyen de ce signe ou de cet ensemble de signes, on peut décider si le nez est le point de départ de l'affection. Ce complexus symptomatique est nommé « névrose nasale réflexe ». Il comprend des manifestations qu'on divisera avec avantage en trois groupes :

Le premier groupe est formé par les symptômes céphaliques : céphalalgie, vertiges, anorexie, faiblesse de la mémoire, cauchemars et intolérance vis-à-vis de l'alcool.

Le second groupe se compose de symptômes disséminés en diverses régions : douleurs au niveau des omoplates ou entre elles (liées souvent à des douleurs brachiales), ou bien douleurs siégeant à l'apophyse xiphoïde du sternum ou encore dans les régions rénales. Ces trois sortes de symptômes

---

(1) Voyez *Neue Beiträge Zur Klinik and Therapie der nasalen Reflexneurose.* Wien und Leipzig, 1893. F. Deuticke.

douloureux sont presque pathognomoniques de la névrose en question. On peut citer encore: les douleurs intercostales, cardiaques, gastralgiques (la vraie gastralgie est causée par les affections nasales); les douleurs des hypochondres, des lombes et des ischions.

Le troisième groupe pourrait s'appeler celui des troubles fonctionnels : tels que la toux, la dyspnée atteignant parfois l'accès asthmatique, les palpitations, l'anorexie, les nausées, les vomissements, la dyspepsie acide, la pâleur de la peau, la sensation de froid, les frissons. Enfin, on trouve encore les troubles menstruels et la tendance à l'avortement.

Chacun de ces symptômes observé isolément est évidemment peu significatif. Mais leur coïncidence peut être considérée comme probante; ils peuvent se présenter au complet; cependant, dans la majorité des cas, une partie seulement d'entre eux est constatée. Parfois on n'observera qu'un seul de ces signes (formes frustes); mais alors l'anamnèse en révélera d'autres.

Leur présence simultanée n'a pas tant de valeur diagnostique que leur disparition simultanée, lorsqu'on a pu cocaïniser le point de la muqueuse nasale, origine des réflexes. Ce signe est de la plus grande valeur.

Quoique les réflexes puissent partir de tous les points de la muqueuse, les cornets ont cependant une grande importance, car leur hypertrophie peut produire une excitation sur d'autres points susceptibles eux-mêmes de donner lieu à des réflexes par le fait d'irritations purement physiologiques (passage d'air, contact des sécrétions).

Quelles sortes de maladies nasales peuvent donner naissance aux réflexes ? Ce sont parfois des lésions organiques, vestiges de scarlatine, rougeole, diphtérie, et surtout la grippe (dans cette dernière maladie, quatre fois sur cinq, le nez est atteint) ; à ce groupe on peut rattacher les anomalies congénitales ou acquises du squelette nasal : obliquité de la cloison, épines, crêtes, étroitesse du nez. D'autres fois, ce sont des lésions fonctionnelles vaso-motrices comme l'hyper-

trophie périodique des cornets qu'on observe, surtout chez les neurasthéniques, sujets comme on sait à une grande susceptibilité de leur système vaso-moteur. Dans la pratique, ces deux espèces de lésions sont souvent combinées.

Les troubles d'origine organique et les réflexes qui en dépendent guérissent d'habitude par le traitement chirurgical. Quant aux troubles fonctionnels vaso-moteurs, un traitement local les fait souvent cesser, mais ils récidivent parfois par le fait de la persistance de leur cause. Si, comme c'est le cas le plus fréquent, la neurasthénie doit en être rendue responsable, c'est à elle qu'on s'adressera. Et, à ce propos, l'auteur pense avec un collègue étranger, que les abus sexuels en sont la cause spécifique.

On peut démontrer directement les relations du nez et des organes génitaux par l'hypertrophie des cornets pendant la menstruation, les épistaxis supplémentaires des règles, la migraine menstruelle, la disparition des migraines à la ménopause, époque où les cornets subissent une régression, la cessation des troubles menstruels grâce à un traitement nasal, la provocation d'un avortement par une cautérisation nasale galvanocaustique.

On constate aussi chez l'homme la régression de l'hypertrophie de la muqueuse nasale par le coït. Il en est de même de l'hypertrophie des cornets, qu'on observe dans la migraine ophtalmique consécutive à l'onanisme ; cette hypertrophie disparaît par le contact de la sonde, et la migraine cesse du même coup.

Ces rapports fonctionnels étroits entre les cavités nasales et les organes génitaux nous expliquent comment les manifestations neurasthéniques se présentent si fréquemment sous forme de réflexes nasaux.

D'après la complexité de ses causes, la névrose réflexe d'origine nasale ne représente donc pas seulement un symptôme, mais un complexus symptomatique localisé en une région déterminée ; il existe donc un syndrome nasal assimi-

lable au syndrome labyrinthique, correspondant à la maladie de Ménière.

La portion respiratoire de la membrane nasale a, comme tout organe, ses symptômes locaux, et la névrose réflexe nasale n'est que l'expression clinique de ce fait.

---

## SUR UN CAS DE PÉRI-AMYGDALITE LINGUALE PHLEGMONEUSE (1)

Par le Dr **A. Colin**,
Chef de clinique laryngologique à l'Institution nationale des sourds-muets.

La péri-amygdalite phlegmoneuse linguale, ou abcès sous-muqueux superficiel de la base de la langue, est une affection jusqu'ici très rarement observée. Comme nous avons eu l'occasion d'en traiter un cas dans le service de M. Ruault, à la clinique laryngologique de l'Institution nationale des sourds-muets, nous avons pensé qu'il serait intéressant de le communiquer à la Société de laryngologie de Paris.

Il s'agit d'un homme de 49 ans, mécanicien. Il s'est présenté à la clinique le 13 janvier 1893. Il nous raconte que 18 mois auparavant, c'est-à-dire en juillet 1891, il fut pris en même temps de frissons, de fièvre vive et d'une douleur violente à la gorge, du côté droit. Il eut du délire ; la respiration était gênée et la déglutition presque impossible. Ces symptômes violents durèrent 6 ou 7 jours, au bout desquels il cracha du pus et fut immédiatement soulagé. Le gonflement du cou qui, au dire du malade, était notable, diminua rapidement et, au bout d'une quinzaine de jours, il ne restait plus aucune gêne.

Huit mois environ après, en mars 1892, il se déclare un nouvel abcès à droite et, deux jours plus tard, le côté gauche se prend également. Mêmes symptômes mais plus violents encore que précédemment.

Ces abcès s'ouvrirent spontanément à 24 heures environ d'intervalle, huit jours après le début des symptômes.

Enfin, le 2 janvier dernier, le malade fut pris, de nouveau, d'une douleur

---

(1) Communication à la Société de laryngologie de Paris.

vive dont le maximum d'intensité siégeait à environ un travers de doigt au-dessous du bord inférieur du maxillaire à droite; il eut en même temps de violents frissons, une fièvre vive et du délire. La douleur augmenta à un tel point que, pendant huit jours, le malade ne put prendre qu'un peu de bouillon. Il eut des irradiations douloureuses du côté des oreilles, et surtout de l'oreille gauche où il éprouvait des élancements, des bourdonnements constants. Il y avait du gonflement du cou, de la dyspnée.

Six jours après le début de l'affection, le malade cracha du pus et se sentit soulagé.

Le 13 janvier nous voyons le malade pour la première fois. Nous sommes au 10e jour de la maladie. Nous ne constatons ni gonflement ni engorgement ganglionnaire. La douleur est considérablement diminuée. Le malade ouvre la bouche; nous pouvons abaisser la langue, exercer sur elle une traction suffisante et pratiquer l'examen au moyen du miroir laryngoscopique sans provoquer de douleur.

A la base de la langue, à droite, on voit une tumeur rouge un peu mamelonnée, avec plusieurs orifices d'où, avec la sonde, on fait sourdre du pus. L'on peut avec cette sonde pénétrer par un orifice et sortir par un autre.

M. Ruault pratiqua, au moyen du crochet coupant de Herynge, plusieurs incisions et fit un badigeonnage avec la solution iodo-iodurée.

Deux jours après, le malade revient à la clinique; il se plaignait, cette fois, d'une douleur à gauche de la base de la langue. A droite, il n'y a plus de pus. A gauche, en effet, nous voyons une tuméfaction rouge de la grosseur d'une petite noix, dure au toucher. Après incision, ce nouvel abcès se termina en 4 jours par résolution.

Nous avons revu le malade le 1er mai dernier. La base de la langue est revenue à son état normal et ne présente aucune lésion.

Nous ferons remarquer que cette observation est entièrement d'accord avec la description de la maladie qu'a donnée M. Ruault en 1891. Cette description est d'ailleurs la première en date et la seule exacte. Il suffit, pour s'en convaincre, de se reporter au travail que Seifert vient de publier dans le premier fascicule des *Archives de laryngologie* de Bernard Fraenkel et qui est le dernier paru sur cette question. Seifert ignore le mémoire de M. Ruault, il n'en fait pas mention dans sa bibliographie, pas plus que des observations de MM. Cartaz, Luc et Hélary.

Or, les observations qu'il cite, ont trait, les unes à des glossites basiques profondes, d'autres à des phlegmons prélaryngiens, etc. Il résulte de cette confusion de faits disparates, que sa description ne présente aucune netteté ; et on n'y trouve aucune donnée permettant d'établir un diagnostic précis.

---

## ABCÈS DU MÉAT INFÉRIEUR D'ORIGINE DENTAIRE; INCISION; CURETTAGE; GUÉRISON

Par **H. Mendel**,
Interne à l'hôpital Saint-Louis.

Anatole C..., âgé de 18 ans, employé, n'a aucun antécédent personnel ni héréditaire.

Il y a trois mois, il constata immédiatement derrière sa première incisive gauche supérieure, l'éruption d'une dent supplémentaire. Cette dent ne tarda pas à le faire souffrir; la mastication devenant pénible, le malade alla trouver un dentiste qui tenta de déchausser cette dent, sans pouvoir y parvenir.

Le lendemain, la moitié gauche de la face était gonflée et rouge, l'œil était fermé, et le malade pouvait à peine ouvrir la bouche. Cette fluxion guérit rapidement, et, peu après, apparut un écoulement de la narine gauche. Cet écoulement était séro-purulent, jaunâtre, mal lié, fétide : la fétidité était perçue par le malade lui-même, qui se plaignait, en outre, de douleurs sus-orbitaires violentes.

C... se présente à l'hôpital, le 2 juin 1893. On note une légère tuméfaction du côté gauche du nez.

A l'examen rhinoscopique, après irrigation préalable, on constate que le cornet inférieur gauche est tuméfié et rapproché de la cloison. Le méat correspondant est convexe, gonflé; à l'examen, à l'aide du stylet, il est douloureux et rénitent. On ne découvre point d'orifice donnant issue au pus.

Les autres parties des fosses nasales sont normales. Je crus pouvoir écarter le diagnostic d'empyème de l'antre, diagnostic auquel on était autorisé à songer, en raison de la tuméfaction extérieure du côté gauche du nez, des douleurs sus-orbitaires et de l'écoulement fétide, dont l'odeur incommodait le malade.

Les résultats de l'examen éloignaient également l'idée d'empyème de l'antre, car l'écoulement ne provenait nullement du méat moyen, et — signe de présomption — les molaires du côté gauche étaient parfaitement saines. Enfin, les résultats de l'éclairage de l'antre furent négatifs.

Le Dr Luc, à qui je présentai le malade, partagea ma manière de voir, et se fondant sur le gonflement et la rénitence du méat inférieur, il inclina pour un abcès de ce méat. Nous incisâmes alors en ce point, et l'incision donna issue à une certaine quantité de pus fétide.

Les jours suivants, l'écoulement continua, mais, après un nettoyage de la cavité de l'abcès avec une curette, nettoyage suivi d'un tamponnement avec de la gaze iodoformée, l'écoulement ne tarda pas à se tarir, et la fosse nasale reprit son aspect normal.

Nous nous sommes donc trouvés ici en présence d'un abcès du méat inférieur dont l'origine est le traumatisme subi par la dent supplémentaire qui se trouvait située immédiatement au-dessous du plancher des fosses nasales et du méat inférieur.

La rareté de cette affection s'explique par la rareté de l'apparition d'une dent supplémentaire en ce point; l'abcès que nous venons de rapporter, nous paraît comparable à l'abcès de l'antre d'Highmore, lié à la carie des premières grosses molaires.

# SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE ET DE RHINOLOGIE DE PARIS

*Séance du 5 mai 1893.*

**Traitement de l'eczéma de l'oreille,** par le Dr CHATELLIER (1).

*Discussion :*

M. HERMET. — J'emploie avec succès le nitrate d'argent en solution concentrée.

M. CHATELLIER. — Le nitrate d'argent salit et est douloureux.

(1) Communication publiée antérieurement in extenso.

M. GELLÉ. — Le traitement général est d'une grande importance.

MM. LŒVENBERG et GOUGUENHEIM n'ont jamais vu d'eczéma résultant d'un traitement boriqué.

M. MÉNIÈRE. — Je n'aime pas les poudres dans le traitement des suppurations de l'oreille. J'ai donné depuis 3 semaines la préférence au phénosalyl à 1/10, 2/10 et 4/10, dont les effets sont remarquables. J'en ferai l'objet d'une communication ultérieure.

**Une feuille d'observation d'otologie**, par le Dr GELLÉ.

C'est une feuille contenant un tableau des signes et procédés d'exploration méthodiquement rangés et divisés en deux parties pour le côté droit et le côté gauche, et ne permettant aucun oubli. Des schémas sont annexés à ces tableaux et montrent le fond du conduit auditif et le tympan. On voit, à travers les parois de l'attique, le massif du facial, l'aditus et l'antre mastoïdien. En tête de la feuille sont les renseignements concernant l'âge, le sexe, la profession, le mode et la date du début de la maladie. Après les renseignements fournis par l'appareil auriculaire, sont indiqués ceux relatifs à l'examen du pharynx buccal et nasal, des amygdales, du voile du palais, de la langue, etc.

**Observation de sinusite maxillaire consécutive au tamponnement total d'une fosse nasale pour épistaxis**, par le Dr GELLÉ (1).

*Discussion :*

M. CHATELLIER. — Cette observation confirme l'opinion, que le tamponnement doit être pratiqué avec les précautions antiseptiques les plus rigoureuses, et qu'en principe il doit être évité.

M. GOUGUENHEIM. — Pour ma part, je ne laisse jamais plus de 24 heures un tampon en place, mais pour les hémorrhagies postérieures je pratique le tamponnement à l'aide d'une sonde molle.

*Séance du 2 juin.*

M. GELLÉ fait une communication intitulée :

**Otite suppurée. Signes cérébraux. Trépanation de l'apophyse mastoïde. Mort par méningite. Autopsie** (2).

*Discussion :*

M. LUC. — A-t-on trouvé du pus dans l'aditus ?

(1) Communication déjà publiée in extenso.

(2) Déjà publiée in extenso.

M. GELLÉ. — L'antrum était plein de pus.

M. LUC. — Y avait-il communication entre le foyer tympanique et le foyer méningé?

M. GELLÉ. — On n'a pu trouver aucune communication osseuse directe.

M. LUC. — Elle se serait donc faite par les lymphatiques?

M. GELLÉ. — Nous devons penser que tous les tissus sont perméables aux micro-organismes, sans accorder un rôle exclusif aux lymphatiques.

**Le nez trop libre,** par le Dr MADEUF.

Certains malades se plaignent d'une grande sensibilité au froid, sans qu'on trouve chez eux de lésions en dehors des moments où ils sont atteints de laryngites et de bronchites. Ce sont des malades chez lesquels la fonction respiratoire du nez est supprimée. Il y a donc plusieurs cas: 1° Destruction des cornets (ozène); 2° par suite d'une déviation de la cloison qui partage inégalement le travail physiologique des cavités nasales, un côté seul s'est détruit; 3° ozène vulgaire; 4° diminution des cornets inférieurs; 5° destruction de la cloison par la syphilis.

Mais dans tous ces cas, le malade n'a pas l'attention attirée du côté du nez. Les malades présentent de la pharyngite sèche, car le pharynx doit suppléer aux cornets pour humidifier l'air; des laryngites, des bronchites, etc., et ce syndrome mérite une étude spéciale au même titre que l'obstruction nasale.

*Discussion:*

M. LŒVENBERG. — Avez-vous observé des cas nets où certains symptômes généraux devaient être rapprochés de cette cause locale?

M. MADEUF. — J'ai observé un médecin du Mont-Dore atteint de bronchites fréquentes, qui présentait une destruction presque totale des saillies internes du nez. Parmi les malades du Mont-Dore, je trouve fréquemment le nez trop libre. JURANVILLE.

---

# ANALYSES ET COMPTES RENDUS

## I. — NEZ

**A case of nasal hydrorrhœa. (Un cas d'hydrorrhée nasale),** par le Dr G. F. KEIPER. In *N.-Y. med. Journ.*, 22 juillet 1893.

Malade souffrant depuis longtemps d'un écoulement nasal continuel et abondant qui avait résisté à toutes les médications, considérablement

amélioré en deux jours par des pulvérisations nasales faites trois fois par jour avec une solution de sulfate d'atropine et d'eau distillée.

GOULY.

**Merkwürdiger Fall von einem Fremdkörper in der Kieferhöhle. (Observation remarquable de corps étranger dans le sinus maxillaire)**, par le Dr H. EULENSTEIN (de Francfort-s.-M.). *Monatschr. f. Ohrenheilk.*, juillet 1893.

L'auteur s'étant servi, pour l'ouverture d'un empyème du sinus maxillaire par l'alvéole, d'un trocart de 4 millim. de diamètre, la pointe de l'instrument se brisa et resta dans la cavité du sinus. Quatre mois plus tard le corps étranger fut expulsé par la fosse nasale, au cours d'un lavage pratiqué par le malade, au moyen d'une canule introduite dans l'ouverture alvéolaire.

Une guérison radicale de la suppuration du sinus ne tarda pas à être obtenue sous l'influence de simples injections boriquées. LUC.

**Ueber fibrinöse Exsudate auf der Nasensehleimhaut. (Des exsudats fibrineux sur la muqueuse nasale)**, par le Dr H. EULENSTEIN (de Francfort-s.-M.). *Deutsch. med. Wochenschr.*, 1893, no 36.

L'auteur distingue les points dans lesquels l'apparition de l'exsudat est consécutive à une cautérisation thermique ou chimique de la muqueuse de ceux dans lesquels elle survient spontanément comme accompagnement d'un coryza aigu.

Dans le premier cas, il pense que la cautérisation suffit seule à produire la couenne fibrineuse sans qu'il soit nécessaire de faire intervenir l'action d'un microbe quelconque, les résultats donnés par les recherches bactériologiques dans les faits de cet ordre étant disparates et non probants.

Quant à la coïncidence d'un exsudat fibrineux avec un coryza aigu, il pense qu'elle n'autorise pas à faire admettre l'existence d'une entité morbide définie, puisque dans d'autres régions (larynx, bronches, alvéoles pulmonaires) la production d'un exsudat fibrineux peut être sous la dépendance d'espèces bactériennes différentes. LUC.

**A case of acute empyema of the antrum of Highmore of nasal origin. (Un cas d'empyème aigu de l'antre d'Highmore d'origine nasale)**, par le Dr J. WOLFENSTEIN. *N.-Y. med. Journ.*, 5 août 1893.

A la suite d'un froid, un homme, âgé de 30 ans, est atteint d'une rhinite aiguë qui suit son cours normal, pendant 15 jours. Trois jours plus tard il

commence à souffrir des dents et du côté gauche de la face, en même temps qu'il mouche par la narine gauche du pus en assez grande abondance. On constate à l'examen un gonflement notable de la muqueuse : le pus coule d'une façon continue du méat moyen. L'éclairage électrique met en évidence l'opacité du côté gauche. On ordonne au malade des lavages du nez avec une solution alcaline antiseptique, et on lui fait prendre de la codéine pour calmer ses douleurs qui étaient très violentes, surtout la nuit. Après huit jours de traitement, les douleurs avaient cessé, on constatait une diminution notable dans l'écoulement du pus, et un commencement de transparence dans les régions opaques. Quinze jours plus tard, la transparence était la même des deux côtés, et l'écoulement du pus entièrement tari. Le malade continua les lavages du nez pendant plusieurs semaines et il est actuellement complètement guéri.

Des réflexions qui accompagnent cette observation, nous retiendrons les suivantes :

L'empyème de l'antre d'Highmore d'origine nasale est plus fréquent qu'on ne le croit généralement, et, contrairement à l'opinion de beaucoup d'auteurs, les manifestations nasales qui accompagnent cette affection en sont souvent, non la conséquence, mais la cause première.

L'éclairage électrique est loin d'être pour le diagnostic, un criterium certain, mais il est d'un grand secours pour le pronostic car, en permettant de constater la transparence progressive des parties qu'il éclaire, il établit d'une façon absolue la marche favorable de la maladie.

Dans des cas semblables, on doit toujours commencer par le traitement indiqué (lavages du nez avec un liquide antiseptique), et ne recourir à l'intervention chirurgicale que si, au bout de deux ou trois semaines, on n'a constaté aucune amélioration.

GOULY.

**A case of nasal polypus projecting into the naso-pharynx. (Un cas de polype du nez descendant dans le naso-pharynx)**, par le Dr S. JOHNSTON. *N.-Y. med. Journ.*, 5 août 1893.

Observation d'une femme de 60 ans, souffrant depuis longtemps d'occlusion nasale accompagnée d'accès d'asthme, de dysphagie et d'altération de la voix, chez laquelle, à un an de distance, l'auteur enleva deux énormes polypes du nez attachés par un petit pédicule au cornet inférieur et dont l'un remplissait l'espace compris entre le voile et la paroi postérieure du pharynx, l'autre descendait jusqu'à la base de la langue.

GOULY.

**Un cas d'empyème latent du sinus frontal gauche diagnostiqué et traité par voie naturelle. Guérison complète. Présentation du malade**, par le Dr LICHTVITZ. In *Ann. des mal. de l'oreille, etc.*, août 1893.

Le malade, âgé de 38 ans, souffrait depuis 24 ans d'une céphalalgie frontale incessante et d'une sécrétion fétide abondante par la narine gauche. Au bout d'un an de traitement qui consista en lavages répétés du sinus par l'orifice naturel avec des solutions antiseptiques diverses, et finalement avec du sublimé à 1/4000, le malade a complètement guéri.

Cette observation prouve, dit L., que, même dans les cas invétérés d'empyème du sinus frontal, la guérison est possible sans l'intervention extérieure.

Le pus retiré du sinus frontal contenait en grande abondance le pneumocoque de Talamon-Fraenkel : c'est le seul cas où il ait été trouvé dans le sinus frontal, chez le vivant.

GOULY.

**Du rôle bactéricide du mucus humain, et en particulier du mucus nasal**, par les Drs R. WURTZ et LERMOYEZ. *Soc. de biolog.*, 15 juillet 1893; *Sem. méd.*, 19 juillet 1893.

Les cavités naturelles sont les seuls points du corps où l'on trouve, à l'état normal, des microbes. Ceux-ci, venus du monde extérieur, y vivent à l'état d'hôtes inoffensifs. Un certain nombre d'entre eux sont cependant capables de devenir, à un moment donné, des agents pathogènes. Contre ces infections, l'organisme humain se défend par divers moyens qui ont pour résultante la résistance de l'individu. Dans cette question si importante de la résistance à l'infection et de l'immunité, il est un point qui a été jusqu'ici laissé dans l'ombre : c'est la nature intime du mécanisme par lequel les agents pathogènes pénétrant dans les cavités nouvelles sont détruits ou demeurent inoffensifs.

A la surface de l'épithélium de toutes les muqueuses, se trouve à l'état permanent une couche de mucus.

Les auteurs ont étudié en détail le pouvoir bactéricide du mucus nasal humain, recueilli dans les conditions voulues, et constaté que ce mucus jouit, vis-à-vis de certains microbes, d'un pouvoir bactéricide marqué. Cette action bactéricide est extrêmement prononcée vis-à-vis du charbon, ainsi qu'ils s'en sont assurés par la méthode de cultures sur plaques et les inoculations. Après trois heures de contact avec le mucus à 38°, les

spores du bacillus anthracis sont déjà tuées. Sur tous ou presque tous les autres microbes, cette action bactéricide s'exerce de la même façon et dans le même sens. Seule l'intensité des effets varie.

Ces expériences présentaient un certain intérêt au point de vue physiologique. L'air inspiré se dépouille, au niveau des voies respiratoires supérieures et en particulier au niveau des anfractuosités des cavités nasales, de la plupart des particules solides qu'il peut tenir en suspension y compris les microbes. Ces microbes ou leurs spores, déposés à la surface de la pituitaire, s'y développeraient abondamment s'ils y rencontraient un terrain de culture favorable. Étant donnée la multiplicité de ces germes, il y aurait là des conditions pour ainsi dire incessantes d'infection.

Grâce au pouvoir bactéricide du mucus nasal, cet enduit muqueux ne joue pas seulement, comme on le voit, un rôle d'arrêt mécanique à l'égard des particules flottantes dans l'air inspiré. Son rôle défensif est plus directement actif ; il s'exerce en entravant et en détruisant la vitalité d'un grand nombre d'espèces bactériennes.

**Foreign body in the nose for twenty-seven years. (Corps étranger ayant séjourné dans le nez pendant ving-sept ans)**, par le Dr A. Warring. In *The Brit. med. Journ.*, 15 juillet 1893.

Une jeune femme de 31 ans se présente à l'hôpital, se plaignant d'une obstruction nasale accompagnée d'un écoulement continuel depuis 2 ans. L'examen rhinoscopique permet de constater l'état grisâtre de la muqueuse et en dehors et en arrière, une masse ayant tout l'aspect d'un séquestre, obstruant presque complètement la narine. Après plusieurs tentatives infructueuses, on ramène au dehors avec de fortes pinces, une masse de forme irrégulière, ovalaire, de couleur grisâtre, constituée à sa partie centrale par un noyau de cerise autour duquel s'étaient accumulés des dépôts calcaires. En interrogeant les parents de la malade, on apprit qu'à l'âge de 4 ans, elle avait introduit dans sa narine gauche trois noyaux de cerise, et qu'on n'avait pu en extraire que deux. Pendant 25 ans, il n'y avait eu aucun symptôme douloureux, et ce n'est qu'après une attaque d'influenza que l'obstruction nasale avait pris naissance. Depuis l'extraction du corps étranger, la guérison est complète.

Gouly.

## II. — LARYNX, TRACHÉE.

**Rhumatisme de l'articulation crico-thyroïdienne**, par le professeur SIMANOWSKI. Communic. à la Soc. de méd. de Pétersbourg, 1893. *Bull. méd.*, 6 septembre 1893.

Ce travail renferme trois observations de l'affection en question. Le refroidissement a été considéré comme cause déterminante dans tous ces cas. Les symptômes observés se traduisaient par une forte douleur locale et exagérée par la pression extérieure et très accusée pendant la phonation et la déglutition. Dysphonie et dyspnée assez intense (à cause de l'œdème laryngé). Dans un cas la suffocation était menaçante.

A l'examen laryngoscopique, on constatait une tuméfaction uni ou bilatérale des parties constituantes de l'articulation crico-thyroïdienne.

Parallèlement se manifestaient ordinairement des localisations dans les autres articulations.

Des expériences sur le cadavre ont été entreprises et ont démontré que la bourse séreuse placée au-devant de l'articulation est susceptible d'une assez forte distension et peut renfermer 5 à 10 gouttes de liquide ; la tumeur produite expérimentalement est en tout pareille à celle observée dans les cas décrits.

Le pronostic en général peut être aggravé par la formation d'une fausse ou vraie ankylose à la suite des phénomènes inflammatoires.

Le traitement hygiénique (repos absolu si possible) et spécifique, salicylate de soude et l'iodure de potassium dans le cas chronique, a été employé avec succès. L'application des révulsifs et l'inhalation des vapeurs émollientes ont complété le rétablissement.

**Intubation in an adult followed by a fatal edema of the larynx after extraction of the tube. (Intubation chez un adulte suivie d'œdème mortel du larynx après extraction du tube)**, par le Dr MAX THORNER. In *Ann. d'Ophth. et d'Obst.*, juillet 1893.

Chez un jeune homme de 18 ans, souffrant de dyspnée depuis 8 ans, l'auteur pratique l'intubation pour combattre une sténose laryngée intense qui datait de quelques jours. Le soulagement fut immédiat, mais, 15 heures après, le malade se plaignait tellement que le tube fut retiré. Un quart d'heure plus tard il mourait en quelques minutes, emporté par un œdème aigu sous-glottique.

GOULY.

**Tracheal stenosen**. (**Les sténoses trachéales**), par GROSSMANN (d'après l'analyse de MICHAEL, de Hambourg, dans la *Deutsch med. Wochenschr.*). In *Wiener Klinik*, Heft 3 et 4.

G. nous donne dans ce travail un exposé détaillé des diverses variétés de sténoses trachéales, ajoutant aux cas connus et empruntés à la littérature médicale des faits du plus haut intérêt observés par lui à la clinique de Schrötter. Il distingue :

A. Les *sténoses extra-trachéales* occasionnées par une cause compressive siégeant en dehors de la trachée, telle que : les diverses variétés de goitre, notamment les goitres avec prolongement rétro-sternal, les inflammations aiguës et chroniques, les tumeurs malignes du corps thyroïde, les kystes à échinocoques du même organe, les goitres aériens, les anévrysmes aortiques et les adénopathies.

Signalons, dans cette partie du travail de G., deux figures représentant des cas de sténose extrêmement prononcée, causée par des tumeurs du corps thyroïde, et une troisième montrant une sténose due à un anévrysme et compliquée d'un processus ulcératif au niveau de la compression.

B. Les sténose intra-trachéales, se subdivisant en sténoses causées par une affection de l'intérieur du conduit aérien et en sténoses consécutives à certaines opérations (trachéotomie, usage prolongé d'une canule, etc.).

Au premier groupe appartiennent les inflammations trachéales aiguës et l'œdème qu'elles occasionnent. L'érysipèle et les phlegmons trachéaux doivent être considérés comme les types les plus dangereux de ce groupe. L'œdème peut encore accompagner les périchondrites ainsi que les processus métastatiques et ulcéreux de la trachée.

Les granulomes ou végétations granuleuses représentent une autre cause très efficace d'obstruction trachéale. Ces néoplasmes peuvent se développer au niveau d'ulcérations spontanées ou à la suite de la trachéotomie, même après que la canule a été enlevée. Une particularité de la dyspnée occasionnée par les granulomes, c'est qu'elle est notablement plus prononcée pendant le sommeil qu'à l'état de veille.

La trachée peut être encore rétrécie, consécutivement à la trachéotomie par la formation d'un éperon ou encore d'un repli ou d'une sorte de valve dus à un soulèvement de la muqueuse. Son calibre peut également être diminué par un ramollissement des cerceaux cartilagineux ou par des brides cicatricielles, le plus souvent d'origine syphilitique, plus rarement consécutives à la fièvre typhoïde ou à la tuberculose. Les tumeurs trachéales

sont encore citées, bien qu'à titre de rareté, dans cette énumération étiologique.

G. rappelle enfin le cas d'invagination traumatique de la trachée observée par Lang, et qui causa au blessé de telles angoisses respiratoires qu'il se suicida. Ce ne fut d'ailleurs qu'à l'autopsie que cette lésion exceptionnelle put être reconnue.

Passant à la partie symptomatique de son sujet, G. nous donne le cornage trachéal comme le signe principal, commun à toutes les variétés de sténose de la trachée. Il fait observer que le malade peut, jusqu'à un certain point, compenser la diminution du calibre du conduit aérien, par une respiration plus profonde, en sorte que, dans le cas où l'affection évolue très lentement, la dyspnée subjective peut longtemps faire défaut.

L'auteur entre dans de grands détails à propos de l'influence des sténoses trachéales sur le cœur, influence qui se traduit par un ralentissement et une force anormale du pouls,

Quant à l'augmentation de tension du système veineux, il l'explique en partie mécaniquement, en partie par une oxygénation insuffisante du sang et des modifications consécutives de l'innervation cardiaque.

Le diagnostic est souvent confirmé par le miroir laryngé qui permet d'apercevoir le point rétréci de la trachée. Parfois, la constatation d'une paralysie de la corde vocale gauche fera soupçonner la présence d'un anévrysme ou de toute autre tumeur compressive.

Le pronostic de la sténose est en rapport avec sa cause et avec l'accessibilité de cette dernière à nos ressources thérapeutiques, mais même alors que la sténose peut être mécaniquement combattue, la vie peut rester menacée par les modifications cardiaques produites à la longue. Le siège du rétrécissement influe évidemment beaucoup sur le pronostic, les sténoses de la partie supérieure de la trachée étant seules justiciables de la trachéotomie.

Le traitement direct de la sténose variera suivant qu'il s'agira d'un rétrécissement dilatable, d'une tumeur opérable, etc. LUC.

**Fremdkörper im Kehlkopf mit perforation des Cart. thyr. und Abscessbildung nach aussen. (Corps étranger dans le larynx avec perforation du cartilage thyroïde et formation d'un abcès à l'extérieur)**, par le professeur, SCHRÖTTER, de Vienne. In *Monats. f. Ohrenheilk.*, 1893, mai, p. 123.

Une aiguille d'acier, longue de 4 centimètres, avalée par mégarde par une jeune fille, s'enclava si fortement entre l'aryténoïde gauche et la

lame correspondante du cartilage thyroïde qu'elle perfora cette dernière et demeura immobilisée et courbée à l'intérieur de la cavité laryngée, au point que, lorsque l'examen fut pratiqué, on crut qu'il s'agissait d'une aiguille courbe de chirurgie.

La présence du corps étranger commença par passer inaperçue, puis l'alarme fut donnée par la formation d'un abcès sur le côté gauche du cartilage thyroïde et par des douleurs à la déglutition.

En raison de la solide fixation de l'aiguille, S. ne put en opérer l'extraction qu'après l'avoir brisée, en en enlevant successivement les deux bouts. LUC.

**Les irrigations laryngo-trachéales dans le croup**, par le Dr G. GUELPA, de Paris. *Soc. de thérapeutique*, 12 juillet 1893.

Ce mode de traitement s'adresse aux enfants qui ont subi la trachéotomie. Pour éviter la pénétration du liquide laveur dans les bronches, l'enfant est placé la tête en bas. On introduit alors par la canule un petit tube en caoutchouc d'un diamètre très inférieur au sien, en communication avec un irrigateur plein d'un liquide antiseptique (eau boriquée, solution de perchlorure de fer à 1/1000) et on laisse couler sans trop de force et avec quelques interruptions. Le liquide revient par le nez, par la bouche et par la canule sans provoquer aucun inconvénient sérieux.

G. a obtenu par ce procédé, appliqué aux enfants de l'hôpital Trousseau, une proportion de 35,19 guérison sur 100.

Or, pendant ces trois dernières années, la moyenne des guérisons à la suite des trachéotomies pratiquées pour le croup dans le même hôpital, avait oscillé entre 23,65 et 32 pour 100. LUC.

**Ueber Kehlkopf fracturen. (Des fractures du larynx)**, par le Dr MAX SCHEIER (de Berlin). *Deutsch. med. Wochenschr.*, no 33, 1893.

M. S. relate l'observation d'un homme de 28 ans, qui, ayant reçu des coups de pied de cheval sur le menton et à la région antérieure du cou, présentait, outre les symptômes d'une fracture de la base crânienne par propagation du choc reçu au menton, des signes de fracture des cartilages thyroïde et cricoïde.

Outre la crépitation, le doigt, promené au-devant du thyroïde, permettait de sentir, sur la lame gauche de ce cartilage, une solution de continuité voisine de la ligne médiane.

Le degré élevé de dyspnée présenté par le malade ayant nécessité la trachéotomie, on put, au moyen du doigt introduit par la plaie trachéale,

remettre les fragments en bonne position et les maintenir en place, grâce à un tamponnement de gaze iodoformée qui fut continué ultérieurement pour empêcher la sortie des aliments par la plaie.

Au bout de 4 semaines, la fracture était consolidée, mais il restait, à la hauteur des fausses cordes (qui masquaient les vraies cordes à l'examen laryngoscopique), un état de rétrécissement de la cavité laryngée qui fut efficacement combattu, d'abord au moyen de bougies de Dupuis, puis par la méthode d'intubation d'O'Dwyer.

A l'occasion de ce fait intéressant, M. S. nous donne un exposé critique complet de la question; après quoi il nous décrit les fractures laryngées expérimentales qu'il a réussi à produire sur des cadavres d'âge et de sexe variés, soit par une double pression latérale exercée à l'aide de la main et tendant à diminuer l'ouverture de l'angle dièdre thyroïdien, soit par des chocs appliqués au-devant du cou.

L'auteur conclut de ses expériences que la fracture des cartilages du larynx n'est pas du tout difficile à produire sur le cadavre, ainsi que l'avait avancé Casper, et il s'élève contre l'opinion de cet auteur, que toute fracture laryngée observée sur un cadavre doit faire admettre un traumatisme antérieur à la mort, opinion qui entraîne, au point de vue médico-légal, les conséquences les plus graves.

M. S. ajoute que la facilité du squelette laryngé à se laisser fracturer ne dépend pas seulement de l'âge, ainsi qu'on pourrait le supposer théoriquement, car il a constaté, à ce point de vue, les plus grandes variétés sur des sujets de même âge. LUC.

**Ueber chronische Blennorrhœ der oberen Luftwege, sog. Stœrk'sche Blennorrhœ und ihre Beziehungen zum Scleroma respiratorium. (De la blennorrhée chronique des voies respiratoires supérieures, dite blennorrhée de Stœrk, et de ses rapports avec le sclérome respiratoire)**, par le professeur Dr CHR. LEMCKE, de Rostock. In *Deutsch. med. Wochenschr.*, 29 juin 1893.

Ce travail est basé sur l'observation de deux femmes, l'une âgée de 38 ans, originaire de la Prusse occidentale, l'autre âge de 42 ans et originaire du Mecklembourg.

Sur toutes deux, la maladie débuta, vers l'âge de la puberté, par un catarrhe nasal offrant la plus complète analogie avec la rhinite atrophique qui, au bout de quelques années, s'étendit au larynx, se distinguant toutefois d'une simple laryngite atrophique fétide, ou ozène laryngé, par l'adjonction à l'élément *catarrhe* de remarquables lésions de tissu, con-

sistant, chez la première malade, en des irrégularités des cordes vocales et de la muqueuse aryténoïdienne, chez la seconde, en la formation, au niveau de la glotte, d'un étroit rétrécissement infundibuliforme. Chez toutes deux, la respiration se trouvait mécaniquement gênée par le fait de ces lésions, et la seconde succomba même dans une crise de suffocation, faute d'avoir accepté à temps la trachéotomie qui lui avait été proposée.

Après avoir soigneusement éliminé chez ces deux malades l'hypothèse de la syphilis ou de la tuberculose ainsi que l'influence d'une attaque antérieure d'érysipèle ou de fièvre typhoïde, l'auteur conclut qu'il s'est trouvé, dans les deux cas, en présence de la maladie de Stœrk, bien qu'aucune de ces deux malades ne fût originaire des régions considérées par le professeur de Vienne comme ayant le monopole de l'affection en question.

Il était du plus haut intérêt de pratiquer l'examen des parties affectées. Cet examen ne fut possible que chez la première malade ; encore dut-il être limité aux produits sécrétés par la muqueuse, par suite du refus de cette femme de se soumettre à aucune manœuvre d'extraction.

Or, l'examen bactériologique, pratiqué par le professeur Thierfelder sur des sécrétions fraîchement produites par la muqueuse à la suite d'un nettoyage minutieux de la région, lui permit d'y constater la présence de colonies de coccus encapsulés complètement analogues aux microbes reconnus aujourd'hui comme pathogéniques du rhino-sclérome supérieur.

L'auteur conclut de là à l'analogie que Störk lui-même avait supposée entre la blennorrhée chronique des voies respiratoires supérieures et le sclérome de la même région. LUC.

**Untersuchungen zur Lehre von den Kehlkophlähmungen.** (**Recherches relatives aux paralysies laryngées,**) par le Dr A. ONODI de Budapesth. *Berl. Klin, Wochens.*, 1893, nos 27, 28, 29, 30, 32, 33.

Il s'agit là d'une fort importante contribution à nos connaissances relatives à l'anatomo-physiologie des nerfs du larynx. L'auteur s'est effectivement donné pour tâche de soumettre au contrôle de son expérimentation personnelle la plupart des points généralement admis aujourd'hui sur ce terrain encore mouvant de la névro-laryngologie, et c'est le résultat de ses recherches qu'il nous donne dans la série d'articles en question, sous une forme éminemment nette et concise.

O. s'occupe d'abord de l'anatomie des nerfs du larynx et tout particulièrement des anastomoses qui relient la branche profonde du laryngé supérieur au récurrent. Indépendamment de l'anse de Galien, il décrit

plusieurs anastomoses observées par lui entre le laryngé supérieur et les rameaux du récurrent destinés au muscle aryténoïdien, les unes occupant la surface, les autres la profondeur du muscle. Des figures demi-schématiques annexées au texte rendent plus frappants aux yeux les détails anatomiques décrits.

Ses dissections les plus récentes lui font complètement rejeter la part attribuée par Exner au laryngé supérieur dans l'innervation motrice des muscles intrinsèques du larynx, et il admet avec Luschka que le récurrent seul anime ces muscles et, qu'à part l'innervation du crico-thyroïdien à laquelle il pourvoit par son rameau externe, le laryngé supérieur préside exclusivement à la sensibilité de la muqueuse.

L'auteur traite ensuite de la part qui revient au sympathique dans l'innervation du larynx. Il décrit une anomalie observée par lui avec le professeur Lenhossek (de Wurzbourg) sur un cadavre humain, et consistant en ce que le récurrent était formé à son origine par un ganglion relié au nerf vague par un mince filet et par de nombreux rameaux aux ganglions cervicaux et thoraciques du grand sympathique. Cette constatation fit soupçonner à l'auteur le rôle que pourrait bien jouer normalement le sympathique dans l'innervation du larynx et, effectivement, en pratiquant chez des chiens la faradisation des filets qui unissent le sympathique cervical au plexus brachial, soit pendant la vie, soit immédiatement après la mort, il a obtenu de rapides mouvements d'adduction de la corde vocale correspondante.

L'excitation expérimentale du tronc du récurrent a donné entre ses mains les résultats les plus disparates, les courants électriques faibles ou forts déterminant, suivant les animaux, et même, dans un cas, suivant le côté où portait l'excitation, l'abduction ou l'adduction des lèvres de la glotte.

Plus loin, s'occupant de l'action physiologique des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs, O. discute l'opinion de Jelenffy, conformément à laquelle la portion la plus interne de chacun de ces muscles exercerait une action adductrice sur la corde vocale correspondante. Ses propres recherches infirment nettement cette hypothèse ; en voici le résumé :

Chez un chien de moyenne taille, tous les muscles de la moitié gauche du larynx, à l'exception du posticus et du crico-aryténoïdien latéral, sont enlevés. Quand on laisse l'animal tranquille, on voit l'aryténoïde de ce côté se mouvoir un peu en dedans et endehors ; mais si l'on vient à exciter le récurrent gauche, on obtient un fort mouvement d'abduction. On détache alors de ses insertions le faisceau externe du porticus gauche, en res-

pectant complètement le récurrent et ses rameaux, et malgré cela, l'excitation de ce nerf continue de produire l'abduction de la corde vocale correspondante. Si l'on coupe, près de son insertion, une partie du faisceau interne du posticus gauche et que l'on excite le récurrent, l'aryténoïde et la corde vocale gardent une position intermédiaire entre l'abduction et l'adduction ; on obtient, au contraire, par l'excitation du même nerf, de larges mouvements d'abduction de la corde vocale, après section d'une partie du crico-aryténoïdien latéral. Si enfin la section de ce dernier muscle est complète, la corde vocale reste immobilisée en abduction et cette position s'exagère encore par l'excitation du récurrent. Or le faisceau interne du posticus est alors le seul muscle intact qui puisse opérer ce mouvement.

Deuxième expérience : chez un autre chien, le faisceau externe du posticus droit est détaché de son insertion, tandis que les autres muscles sont respectés ; on obtient alors, par l'excitation du récurrent droit, une légère abduction de la corde correspondante. On enlève alors les autres muscles, à l'exception du crico-aryténoïdien latéral et du posticus réduit à son faisceau interne, et, en excitant le récurrent, on obtient l'abduction de la corde. Si alors on entame davantage le faisceau interne du posticus, l'excitation du récurrent produit l'adduction de la corde, elle recommence au contraire, à produire l'abduction, si l'on pratique une section partielle du crico-aryténoïdien latéral.

Plus loin, l'auteur s'occupe de la question de la perte précoce de l'excitabilité électrique des postici comparativement aux autres muscles laryngiens après la mort, et il combat l'opinion de Jelenffy, d'après laquelle cette particularité serait la conséquence d'un refroidissement plus rapide des muscles en question. En effet, ayant chez un chien, aussitôt après la mort, maintenu sur le posticus droit un tampon d'ouate imprégné d'eau à 37°, il constata au bout de 10 minutes, que le posticus gauche réagissait seul à l'égard des excitations électriques.

D'autres expériences instituées par O. sont en opposition avec celles de Hooper relatives à l'influence des narcotiques, et il arrive à cette conclusion que, chez les animaux soumis à la narcose éthérée ou chloroformique, jusqu'au moment où survient la mort, les courants électriques, forts ou faibles, aboutissent invariablement à l'occlusion glottique.

Dans une autre partie de son travail, O. nous donne le résultat de l'excitation isolée des divers rameaux musculaires du récurrent pratiquée par lui, soit sur l'animal vivant et narcotisé, soit sur le larynx extrait du corps. Il insiste sur ce fait que l'excitation du filet nerveux du thyro-ary-

ténoïdien a pour conséquence l'adduction isolée de la portion antérieure de la corde vocale.

Ces mêmes expériences lui ont permis de constater que les rameaux nerveux destinés aux postici étaient les premiers à perdre leur excitabilité électrique après la mort, tandis que les rameaux qui innervent les thyro-aryténoïdiens internes sont ceux qui la conservent le plus longtemps.

Plus loin, O. cherche à résoudre la double question suivante :

A. Le muscle crico-thyroïdien peut-il placer la corde vocale en adduction ?

B. Comment la position en adduction des cordes vocales, telle qu'elle est provoquée expérimentalement, peut-elle s'appliquer aux cas pathologiques ?

A. En excitant le rameau nerveux destiné aux muscles en question chez des animaux, après section du récurrent, O. a pu voir le bord supérieur du cartilage cricoïde se rapprocher du bord inférieur du thyroïde, et en même temps, le larynx étant ouvert au-dessous de l'os hyoïde, il a vu la corde vocale se tendre et se rapprocher de la ligne médiane.

Il explique cette adduction, d'une part par la tension de la corde vocale, d'autre part par le refoulement en haut et en dedans des parties molles comprises entre la corde vocale et la lame correspondante du cartilage thyroïde, du fait du soulèvement du cricoïde.

B. Après avoir sectionné les deux récurrents chez des chiens, tout en conservant les nerfs laryngés externes, O. a vu une dyspnée par adduction des cordes vocales se produire chez ces animaux, soit qu'on excitât les nerfs laryngés, soit qu'on pinçât la peau de l'oreille. L'auteur suppose que, dans ce dernier cas, l'animal cherchant à crier n'arrivait à produire que la contraction des crico-thyroïdiens, les seuls dont l'innervation fût respectée et, partant, l'adduction glottique.

Les phénomènes dyspnéiques cessaient d'ailleurs d'apparaître si la même expérience était pratiquée, accompagnée de la section des nerfs laryngés externes.

L'auteur croit que cette action spéciale des muscles crico-thyroïdiens explique l'échec de la section d'un récurrent pratiquée en vue d'obvier à l'adduction pathologique d'une corde vocale (faits de Ruault, de Moure).

La dernière partie du travail d'O. est consacrée à discuter la part qui revient à la contracture des constricteurs ou à la paralysie des dilatateurs dans l'immobilisation des cordes vocales en adduction, telle qu'elle est

réalisée dans les affections bulbaires et dans les compressions récurrentielles.

Tout en rejetant complètement l'hypothèse de Krause, qui suppose la présence de fibres centripètes dans le tronc du récurrent et tout en admettant que dans la grande majorité des cas il s'agit bien d'une inaction des muscles abducteurs, il pense qu'il existe des faits particuliers où l'immobilisation des lèvres de la glotte en adduction est bien réellement la conséquence d'un spasme des constricteurs, mais alors la phonation est elle-même compromise par le spasme en question.

O. en cite un remarquable exemple où l'on voyait les cordes vocales se mettre fortement en contact, tant au moment des tentatives de phonation que pendant l'inspiration, et où la dysphonie marchait de pair avec la dyspnée.

Il rapporte plus loin, une belle observation de compression récurrentielle double dont les détails confirment les idées émises par Semon sur la question, avec toute la netteté d'une expérience de laboratoire.

Voici le fait très brièvement résumé : chez une femme de 62 ans, constatation d'une paralysie récurrentielle complète à gauche (immobilisation cadavérique), incomplète à droite (la corde de ce côté placée près de la ligne médiane demeurait immobile pendant l'inspiration et se rapprochait de sa congénère pendant les efforts de phonation.

La malade ayant succombé, l'autopsie révéla un anévrysme aortique ayant déterminé une destruction complète du récurrent gauche et incomplète du récurrent droit.

L'examen microscopique du premier y révéla exclusivement des fibres dégénérées. Il montra au contraire dans le tronc du dernier, à côté de fibres dégénérées, des fibres intactes.

Poursuivie jusque sur les branches nerveuses de chaque muscle, cette recherche histologique donna les résultats les plus instructifs. Tandis, en effet, que plusieurs des nerfs destinés aux muscles constricteurs contenaient encore des fibres saines, le rameau nerveux du crico-aryténoïdien postérieur était aussi totalement dégénéré à droite qu'à gauche. Luc.

**Tod durch Glottiskrampf bei Hysteria virilis. (Mort par spasme glottique chez un homme hystérique)**, par le professeur Leo, de Bonn. *Deutsch. medic. Wochenschr.*, 24 août 1893.

Le sujet de cette observation, jeune homme de 21 ans, avait déjà présenté à l'âge de 11 ans, des phénomènes choréiformes dans le bras gauche et la moitié de la face du même côté.

La seconde et dernière attaque débuta le 8 mars, à la suite d'un coup sur la tête, sous forme de mouvements choréiques occupant les membres gauches, le trapèze et quelques muscles de la moitié gauche de la face.

Ultérieurement, les convulsions choréiques furent compliquées de spasmes toniques et d'une anesthésie de la moitié gauche du corps prédominant au niveau des membres.

Le 4 mars, au cours d'une attaque plus violente que les précédentes, le malade présenta une violente dyspnée inspiratoire avec dépression au niveau de la base du cou et du ventre, et cyanose prononcée mais sans sifflement glottique.

La dyspnée alla en croissant et la mort survint au bout de 5 heures.

L'examen post mortem des centres nerveux donna un résultat négatif. Le larynx ne présentait aucune lésion, mais les deux cordes vocales étaient en adduction complète.

L'auteur conclut de là que le malade a succombé à un spasme de la glotte et il cherche à expliquer l'absence de sifflement inspiratoire par le contact absolu des lèvres de la glotte, la production du sifflement n'étant possible qu'à la condition qu'il reste un intervalle, si mince qu'il soit, entre les cordes vocales.

Mais comment alors l'auteur peut-il admettre que la dyspnée ait pu se prolonger pendant cinq heures ? Lui-même prévoit cette objection et *suppose* que de temps en temps il se produisait un relâchement du spasme permettant l'entrée d'un peu d'air dans la poitrine. Alors comment se fait-il que les inspirations continuaient d'être silencieuses, puisque la glotte simplement rétrécie et non plus hermétiquement fermée se trouvait dans les conditions propres à réaliser (d'après l'auteur lui-même) la production du sifflement glottique inspiratoire ? ?

Tout cela est bien hypothétique. LUC.

**Zur Frage der Totalen Kehlkopfexstirpation. (A propos de l'extirpation totale du larynx,** par le Dr P. POPPERT, de Giessen. *Deutsch. med. Wochenschr.*, 31 août 1893.

Frappé de l'effrayante mortalité donnée par toutes les statistiques à la suite de l'extirpation totale du larynx, mortalité qui n'a guère été diminuée par les progrès récents de la chirurgie en matière de technique et d'antisepsie, l'auteur l'attribue en grande partie aux mauvaises conditions présentées par la plaie post-opératoire qui, communiquant largement avec le pharynx, se trouve exposée fatalement à une infection locale, d'où résultent trop souvent des broncho-pneumonies septiques,

l'ouverture de la trachée représentant, dans la position habituelle des malades, le point le plus déclive de la plaie.

Guidé par ces considérations théoriques, l'auteur propose comme remède préventif aux accidents en question, la séparation de la plaie d'avec la cavité pharyngée.

Mais alors, quel sera l'avenir de l'opéré, au point de vue de la phonation ?

P. répond à cette objection en rappelant le fait publié par H. Schmid et concernant un malade qui put parler à haute voix, à la suite d'une extirpation laryngée totale, dans laquelle la plaie cutanée avait été isolée du pharynx par suture des lèvres de la plaie pharyngée.

Lui-même rapporte l'histoire d'une femme de 68 ans, à laquelle il extirpa la totalité du larynx pour un cancer épithélial de cet organe et chez laquelle il pratiqua aussi l'isolement de la plaie cutanée d'avec la cavité pharyngée. Les suites de l'opération furent des plus simples. Dès son réveil, la malade put s'alimenter sans difficulté et la plus haute température qu'elle présenta fut 37°,7.

La malade put en outre, immédiatement après l'opération, se faire comprendre au moyen de la voix chuchotée. Comparant ce chuchotement à celui des sujets dont les voies aériennes sont en communication avec la bouche, l'auteur reconnaît que le premier est inférieur au second, en ce sens, que le malade réduit à utiliser l'air emmagasiné dans sa bouche et dans son pharynx, par une contraction énergique des muscles de la région, ne peut proférer les voyelles que précédées d'une consonne, mais il croit que le langage rudimentaire peut se perfectionner à la longue par l'exercice et que les malades parviendront parfois, comme celui de H. Schmid, par certaines vibrations de la langue et du palais, à faire entendre de véritables sons.

Quoiqu'il en soit, la méthode opératoire en question diminuerait considérablement le danger des accidents post-opératoires signalés plus haut. P. rappelle que Bardenheuer, après avoir perdu cinq opérés à la file par le procédé habituel, eut le bonheur d'en guérir quatre, en associant à l'extirpation du larynx la suture des parois pharyngées. Cet auteur ne maintenait d'ailleurs la suture en question que pendant les quinze jours consécutifs à l'opération, se proposant de rouvrir la plaie pharyngée au bout de ce temps, alors que le danger de l'infection locale serait passé et en vue de l'application d'un larynx artificiel.

P. pense que cette méthode intermédiaire est applicable aux sujets encore jeunes, précocement opérés et dont la profession exige la conser-

vation d'un certain degré de phonation. En dehors de ces conditions particulières, P. estime que le chirurgien doit surtout se préoccuper d'assurer la survie de son opéré, en supprimant la communication de la plaie avec le pharynx. Il pense que le degré de phonation ainsi réalisé suffit à la majorité des opérés, dont la plupart d'ailleurs se soumettent difficilement aux ennuis inhérents à l'usage du larynx artificiel.

LUC.

## III. — PHARYNX.

**L'angine de Ludwig**, par le Dr J.-J. MATIGNON (de Paris). *Gaz. hebd. des sc. méd.* de Bordeaux.

Bonne revue bibliographique et symptomatologique de la question.

A propos du traitement, M. préfère, à l'exemple de son maître, le Dr Delorme, l'incision cutanée à l'incision par voie buccale qui ne permet pas un nettoyage suffisant de la cavité purulente.

Quant à l'incision cutanée, elle variera suivant que le phlegmon sera bilatéral ou unilatéral. Dans le 1er cas, elle devra partir du milieu de l'os hyoïde et se terminer à la symphise du menton. Après avoir franchi le tissu cellulaire sous-cutané, on arrive sur le raphé d'entrecroisement des fibres du mylo-thyroïdien qui sont dissociées avec la sonde cannelée. On atteint ainsi la loge des glandes sub-linguales, siège du phlegmon.

Lorsque le phlegmon est unilatéral, M. conseille, toujours d'après Delorme, de pratiquer l'incision cutanée parallèlement et à un travers de doigt au-dessous du maxillaire. Le muscle mylo-hyoïdien est dissocié avec la sonde cannelée et le doigt engagé à travers la boutonnière musculaire plonge dans la cavité purulente.

Lavages antiseptiques. Drainage. Pansement à la gaze salolée ou iodoformée. Antisepsie de la bouche. LUC.

**Tuberculose aiguë perforante du voile du palais**, par le Dr CH. TALAMON. *Méd. mod.*, 2 septembre 1893.

Sous ce titre, T. publie l'observation d'une jeune femme observée par lui, chez qui un processus ulcéreux précédé de la formation de *points jaunes* détermina en quelques jours la perforation du voile du palais, puis rétrocéda sous l'influence d'attouchements à l'acide lactique et d'injections sous-cutanées de cantharidate.

C'est uniquement sur la constatation des *points jaunes* sus-mentionnés que T. base son diagnostic, puisque la recherche du bacille de Koch

au niveau des lésions fut négative et que l'exploration des sommets pulmonaires ne permit d'y découvrir aucune lésion.

T. rejette complètement l'hypothèse de la syphilis en se fondant sur ce que la malade ne présentait aucun stigmate de cette maladie et parce que « ni l'aspect, ni la marche, n'ont rappelé en rien l'évolution des lésions de ce genre ».

Il nous semble, pour notre compte, que l'auteur s'est quelque peu exagéré la valeur diagnostique des *points jaunes* observés, en s'appuyant exclusivement sur ce signe pour diagnostiquer une tuberculose, précisément dans un cas où cette affection avait évolué d'une façon absolument opposée à ses habitudes.

L'hypothèse d'une syphilis héréditaire aurait pu, nous semble-t-il, être tout au moins discutée.

LUC.

**Innervation du voile du palais**, par le Dr LIVON (de Marseille). *Associat. française pour l'avancement des sciences*, 9 août 1893.

En prenant toutes les précautions nécessaires pour expérimenter dans la région bulbaire, on peut arriver à dissocier la part qui revient au pneumogastrique et au spinal dans l'innervation du voile du palais.

L'excitation des racines du pneumogastrique propre détermine des contractions du palato-staphylin et du pharyngo-staphylin. L'excitation des racines supérieures du spinal produit la contraction des péristaphylins externe et interne. Par conséquent, concurremment avec d'autres nerfs (facial, glosso-pharyngien), le voile du palais reçoit une innervation spéciale du pneumogastrique et du spinal, comme Vulpian l'avait déjà avancé.

**Note sur la douche de gorge en jet**, par le Dr L. REVILLET, d'Allevard. *Lyon médical*, 23 juillet 1893.

L'auteur recommande cette méthode, de préférence aux gargarismes et aux pulvérisations, comme ayant l'avantage de produire sur la muqueuse une action mécanique efficace.

Il suffit, pour l'appliquer, d'un récipient placé à un mètre de hauteur et pourvu d'un tube jouant le rôle de siphon et que termine une canule munie d'un robinet laissant passer un jet du volume d'une plume d'oie. Le jet ne doit pas être trop fort : il doit avoir une hauteur minima de 0 m. 50. Le malade doit le diriger vers le fond de sa gorge, en émettant le son A, afin qu'il pénètre bien jusqu'à la paroi postérieure et

jusqu'aux piliers du pharynx. Toutes les demi-minutes, la douche est interrompue pour les besoins de l'inspiration.

Le liquide (eaux minérales sulfureuses, solutions de chlorate de potasse, d'acide borique, etc...) doit être à la température de 33° à 36°.

Ce mode de traitement serait particulièrement indiqué dans deux formes de pharyngites chroniques : celle que caractérise un relâchement atonique de la muqueuse avec hypersécrétion glandulaire et dans la pharyngite atrophique sèche. LUC.

**Ueber Carcinome des Zungengrundes. (Du carcinome de la base de la langue)**, par le Dr MAX SCHEIER (de Berlin). *Deutsch. med. Wochenschr.*, 1892, n° 29.

L'auteur rapporte trois faits de cette affection observés chez des hommes de 68, 59 et 36 ans. Il considère cette localisation comme plus fréquente qu'on ne l'admet généralement et pense que sa rareté apparente provient de ce qu'elle ne se prête pas à une intervention opératoire et que la plupart des faits n'étant pas suivis d'opération ne sont pas publiés.

LUC.

**Polypes naso-pharyngiens congénitaux d'origine ectodermique**, par le Dr CHAPOY (de Besançon). *Associat. franç. pour l'avancement des sciences*, 1893.

Ce travail se termine par les conclusions suivantes :

1° Il existe chez l'enfant, même nouveau-né, des tumeurs naso-pharyngiennes non décrites encore ;

2° Leur forme est celle d'un ovoïde bilobé, surmonté d'un pédicule mince et long, fixé le plus souvent à la partie supérieure du pharynx ;

3° Leur structure nettement dermo-épidermique et leur implantation variable doit faire préférer ce nom de polypes congénitaux, d'origine ectodermique, à celui de polypes pileux ;

4° Ce sont de véritables vices de conformation ;

5° Ils doivent leur genèse, probablement à une résorption incomplète de la paroi formée au niveau du pharynx, par la juxtaposition de l'ectoderme et de l'endoderme, ou encore à une plicature de l'ectoderme au niveau d'une fente branchiale ;

6° Comme facteurs étiologiques, il faut citer la consanguinité et le sexe féminin ;

7° Les symptômes sont, au début, ceux de la cyanose ; plus tard, quand l'enfant survit, ce sont ceux de l'asphyxie lente, dus eux-mêmes au

manque d'expansion pulmonaire et à l'hématose, d'une quantité insuffisante de sang;

8° Ce diagnostic facile avec les polypes muqueux ou fibreux, avec la coqueluche, etc., doit être fait surtout avec la cyanose.

Dans tous les cas où celle-ci existe chez un nouveau-né, l'examen minutieux prolongé et répété du pharynx est nécessaire ;

9° Le pronostic est très grave et la mort est rapide si la tumeur est méconnue, bénin, au cas contraire si la tumeur est reconnue;

10° La tumeur rudimentaire d'abord, peut se développer plus tard ;

11° L'ablation par torsion et traction modérément brusques est le traitement efficace.

**Traitement des angines par les inhalations d'air surchauffé goudronné de créosote phéniquée**, par le Dr Fabre (de Paris). *Associat. française pour l'avancement des sciences*, 1893.

Le mélange à inhaler est le suivant :

| | |
|---|---|
| Acide phénique cristallisé..... | 0 gr. 5 à 1 gr. |
| Créosote de hêtre..... | 5 gr. |

Dans trois cas d'angine gangréneuse, la fétidité de l'haleine et la gêne de la déglutition ont disparu dès la première inhalation. Après la deuxième, tous les exsudats gangréneuxont disparu aussi.

Dans le seul cas d'angine diphtéritique traitée, il a suffi de trois inhalations pour amener la cessation des fausses membranes.

**Les angines pseudo-membraneuses à pneumocoques.** Leçon clinique du professeur Jaccoud. In *Sem. méd.*, 19 juillet 1893.

Leçon basée sur l'observation de trois cas de cette affection. L'auteur en tire une description nosologique dont voici les traits rapidement résumés :

Explosion brusque avec malaise général, frisson et fièvre immédiate. Ce n'est qu'au bout de 24 ou 36 heures qu'apparaît la localisation gutturale, sous forme d'une douleur accompagnée de rougeur et de tuméfaction. Bientôt après se montrent les fausses membranes avec accompagnement d'engorgement ganglionnaire.

Les fausses membranes ne se distinguent pas objectivement ni par leur mode de formation de celles de la diphtérie : au niveau des cryptes amygdaliennes apparaissent des points blancs, isolés pendant quelques heures et qui par leur confluence arrivent à constituer des plaques qui s'étendent à la luette et au pharynx. Elles sont d'un blanc grisâtre, minces et adhérentes.

Après une observation de 2 ou 3 jours, on peut constater un important caractère différentiel de ces fausses membranes, comparativement à celles de la diphtérie, c'est leur tendance bien moindre à l'envahissement des parties voisines. On ne les voit notamment pas gagner les fosses nasales ni les voies respiratoires supérieures.

L'albuminurie peut être observée.

La fièvre tombe du 3e au 6e jour.

Ces allures de la fièvre créent entre cette affection et la pneumonie une première analogie. Une seconde plus valable encore résulte de l'examen bactériologique des fausses membranes qui y révèle le pneumocoque encapsulé de Fränkel et Talamon.

J. conseille dès le début un traitement local énergique consistant dans l'ablation des fausses membranes et des applications de solution de sublimé à 1 ou 2 0/00. A l'intérieur on administrera une dose quotidienne de 1 à 2 gr. d'acide salicylique. On ne se relâchera de la rigueur de ce traitement qu'après que l'examen des fausses membranes aura permis d'exclure la diphtérie. LUC.

## IV. — OREILLES.

**Contribution à l'étude des abcès cérébraux,** par le Dr LINDH. *Associat. des chirurg. du Nord*, tenue à Gothembourg, juillet 1893 ; d'après l'analyse de la *Semaine médicale*, 26 juillet 1893.

Des deux faits rapportés par l'auteur, un seul mérite d'être consigné ici à cause de son origine otique.

Il s'agissait d'un homme de trente-six ans, qui, depuis vingt ans, souffrait d'une otite moyenne suppurée du côté droit, et qui entra à l'hôpital pour de violentes douleurs siégeant d'abord au niveau de l'oreille et de la région frontale du côté malade, puis se propageant au côté gauche du crâne. Ces douleurs s'accompagnaient d'une parésie légère de l'œil gauche et de la commissure labiale droite.

La trépanation de l'apophyse mastoïde du côté malade n'amena aucun soulagement. Au contraire, quelques jours plus tard, l'opéré devenait complètement apathique, en même temps que se montrait une paralysie faciale très nette ; le malade était sans fièvre et son pouls battait 40 fois par minute.

L'os temporal fut trépané immédiatement au-dessus et en avant de l'oreille ; une ponction faite à l'aide de la seringue de Pravaz ramena du pus, et une incision pratiquée à travers la substance cérébrale permit de

constater la présence d'une collection purulente à 2 centimètres de profondeur.

Les suites opératoires eussent été assez bonnes, sauf un délire furieux qui éclata le lendemain de l'opération. Cependant, au bout de quelques semaines, le malade avait complètement recouvré la santé.

**Aural pyaemia successfully treated by removing putrid thrombus of jugular vein and lateral sinus. (Pyémie de l'oreille traitée avec succès par l'enlèvement d'un thrombus putride de la veine jugulaire et du sinus latéral)**, par le Dr Ruskton Parker. In *Brit. med. Journ.*, 21 mai 1892, p. 1077.

Un peintre, atteint d'otite suppurée depuis l'âge de 14 ans, entre à l'hôpital le 18 août 1891, se plaignant de douleurs aiguës dans l'oreille malade, ayant débuté huit jours avant et s'accompagnant, depuis trois jours, de frissons et de vomissements. Le malade avait le vertige quand il était debout : couché, il était dans un état de somnolence presque continuel. Pendant les trois jours qu'il resta en observation, son oreille ne cessa de rendre du pus fétide, et il n'eut pas moins de quatre frissons violents. Toute la région supérieure de la veine jugulaire était gonflée, douloureuse. La région mastoïdienne paraissait indemne.

Le 21 août, le malade est opéré. La jugulaire, depuis la base du crâne jusqu'à son union avec le tronc facial, était remplie par un thrombus ramolli par places, et contenant du pus à l'intérieur. Toute la partie thrombosée fut enlevée ainsi que les ganglions lymphatiques qui entouraient la veine. On ne laissa qu'une minime partie de la veine au niveau de la base du crâne. Le sinus latéral fut ouvert et lavé avec une solution de sublimé. L'hémorrhagie fut assez abondante, mais facilement arrêtée : la plaie pansée avec de la gaze au sublimé.

Les suites opératoires furent excellentes pendant deux jours, au bout desquels une ascension brusque de la température décida le chirurgien à agrandir la plaie mastoïdienne pour arriver jusqu'à l'autre que l'on trouva rempli de pus fétide et d'une masse caséeuse. Le tout fut enlevé avec soin et l'antre lavé avec une solution de sublimé. Les pansements étaient fréquemment renouvelés. Quatorze jours après, le malade était aussi bien que possible. Trois mois plus tard, la plaie était complètement fermée. L'audition s'améliore tous les jours.

Gouly.

**Transillumination of the mastoïd cells, a means of diagnosis of mastoiditis interna suppurativa. (De l'éclairage par transparence des cellules mastoïdiennes comme moyen de diagnostic de la mastoïdite interne suppurée)**, par le Dr G.-W. CALDWELL. In *N. Y. med. Journ.*, 15 juillet 1893.

L'appareil de l'auteur se compose d'une lampe électrique de très petit calibre, protégée par un tube de caoutchouc fenêtré sur l'un de ses côtés, que l'on introduit dans le conduit auditif.

Lorsque le courant passe, on voit un rayon lumineux qui s'étend du sommet de l'apophyse au sinus latéral et jusqu'aux limites des cellules supérieures : les parties éclairées sont remplacées par des zones opaques lorsqu'il y a du pus. Lorsque le conduit auditif est trop étroit, ou trop douloureux, on place la lampe en arrière de l'apophyse et la présence ou l'absence d'un reflet rosé dans l'oreille moyenne et le conduit auditif indiqueront alors qu'il y a ou non du pus dans l'apophyse.

Ce moyen de diagnostic et d'autant plus précieux qu'il permettra de reconnaître les mastoïdites suppurées sans symptômes extérieurs, forme très dangereuse, le processus infectieux s'étendant toujours dans la profondeur sans tendance à se faire jour au dehors. De plus, ajoute l'auteur, il est scientifique, d'une application facile, indolore, donne un résultat probant immédiat, et rend la maladie patente aux yeux des parents ou des amis du malade. GOULY.

**Quelques cas de corps étrangers de l'oreille (chez des enfants). Considérations sur le traitement,** par le Dr M. NATIER.

Le travail de l'auteur, basé sur sept observations de corps étrangers (perle, morceau de pastel, mouche, grain de blé, caillou, haricot, coquillage), se termine par la conclusion, adoptée du reste par tous les spécialistes, que l'indication principale pour le traitement, consiste à pratiquer des injections forcées d'eau tiède. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'il faudra avoir recours à l'anesthésie locale ou générale, et chercher alors à extraire les corps étrangers avec des instruments appropriés : ces manœuvres devront être exécutées aussi doucement que possible, et toujours sous le contrôle du miroir. GOULY.

**Ein Fall der sogenannten Bezold'schen mastoiditis. (Un cas de mastoïdite dite de Bezold)**, par H. KNAPP. In *Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, juillet 1893.

La forme de mastoïdite en question ainsi désignée en Allemagne parce

que la première description en est due à Bezold offre, on le sait, comme particularité, que le pus se fait jour hors de l'os non par sa face externe, mais bien par sa face interne, au voisinage de l'insertion du muscle digastrique et fuse ensuite dans la profondeur du cou le long de la face profonde du muscle sterno-cléido-mastoïdien.

Indépendamment de cette particularité, le cas en question en présenta d'autres non moins remarquables que nous allons rapidement résumer.

Il s'agit d'une femme de 25 ans, bien constituée, sujette depuis un an à de fréquents retours de catarrhe naso-pharyngien.

Le 25 septembre 1891, l'affection s'étend aux deux oreilles sous forme d'une otite moyenne catarrhale aiguë qui ne tarde pas à se guérir.

Cependant, au bout de quelques semaines, une rechute se produit dans l'oreille droite et, bien qu'aucune trace d'écoulement n'ait été notée par le conduit, un gonflement douloureux, avec rougeur de la peau, apparaît à la région mastoïdienne de ce côté. Le muscle sterno-cléido-mastoïdien est lui-même le siège d'une tuméfaction douloureuse dans sa portion supérieure.

Une incision profonde pratiquée à ce niveau par le médecin habituel de la malade donne issue à une grande quantité de pus. Cette intervention n'ayant produit qu'un soulagement passager, K. pratique l'ouverture de l'apophyse mastoïde à sa base, la prolongeant ensuite vers sa pointe, trouve du pus dans sa portion supérieure seulement et maintient la plaie ouverte au moyen d'un drain d'argent fenêtré.

Il est à noter que la malade avait accouché d'ailleurs normalement en pleine évolution de sa mastoïdite, une vingtaine de jours avant l'intervention de K. Cette dernière donna un soulagement marqué qui fut cependant entrecoupé par un épanchement pleurétique qui disparut au bout d'une quinzaine de jours.

La malade peut enfin quitter la clinique où elle avait été soignée et jouit pendant deux semaines d'une guérison apparente; mais, au bout de ce temps, se montrent les symptômes d'une irritation cérébro-méningitique qui persistent avec une intensité variable pendant 3 mois, et finissent par entraîner la mort. Ces symptômes consistèrent en une céphalée continue accompagnée de nausées et parfois de vomissements, en vertiges, en stupeur, en une impossibilité de s'exprimer, enfin en troubles digestifs caractérisés par de l'inappétence et de la constipation.

Le pouls, après avoir oscillé entre 70 et 88, finit par tomber à 60 pulsations par minute. La température ne dépassa jamais 37°,9. Il n'y eut en revanche ni convulsion, ni délire.

Bien que la membrane tympanique et le conduit auditif à son voisinage aient présenté de la rougeur et du gonflement, il n'y eut pas d'écoulement d'oreille.

Deux mois avant la mort apparut brusquement une tuméfaction au niveau de l'extrémité supérieure du muscle sterno-cléido-mastoïdien du côté sain (gauche). Cette tuméfaction varia à plusieurs reprises en étendue, mais sans jamais disparaître. L'oreille de ce côté resta d'ailleurs normale.

L'examen de l'œil révéla pendant le dernier mois de la vie le développement d'une névrite optique.

En présence de ces symptômes, K. proposa l'ouverture du crâne qui ne fut que tardivement acceptée.

Dans cette opération, K. élargit l'ouverture déjà pratiquée à l'apophyse mastoïde au point de mettre à nu la dure-mère et le sinus latéral qui furent trouvés normaux.

Alors la brèche osseuse fut agrandie vers l'atticus par élargissement de l'ouverture mastoïdienne et par ablation d'une partie de la paroi postérieure du conduit auditif. La caisse ne contenait pas de pus ; partout l'os était dur et épais. K. pratiqua alors avec la gouge une ouverture de 2 centimètres de diamètre, au niveau de l'écaille du temporal, à un centimètre au-dessus du conduit auditif. On ne trouva pas de collection purulente extra-dure-mérienne, on ne découvrit pas davantage de pus en incisant la dure-mère ni dans la partie superficielle de la substance cérébrale sous-jacente. Sur ces entrefaites la respiration de la malade s'étant suspendue, on dut, jusqu'à la fin de l'opération pratiquer, la respiration artificielle et abréger les manœuvres exploratrices. Malgré tout, la malade succomba au bout de 3/4 d'heure, dans le collapsus.

L'autopsie permit de faire les constatations suivantes :

1° Existence d'une petite perforation à la face interne de l'apophyse mastoïde.

2° Cavité tympanique remplie de granulations à sa partie supérieure, mais ne renfermant pas de pus.

3° Le sinus latéral droit (côté de l'oreille malade) sain, mais rempli de sang coagulé.

4° Dure-mère saine partout.

5° La pie-mère du lobe temporal et de l'hémisphère cérébelleux du côté droit offre un aspect laiteux opaque et ses petites veines sont remplies de pus.

6° Tous les sinus voisins de la ligne médiane, tant à gauche qu'à droite,

et en outre la veine jugulaire interne gauche, jusque sous l'extrémité supérieure du sterno-cléido-mastoïdien, sont le siège d'une thrombo-phlébite suppurée.

7° Un abcès de la grosseur d'une noisette dans le lobe temporal droit et un second de même dimension dans l'hémisphère cérébelleux du même côté.

L'examen bactériologique du pus de ces abcès y révéla la présence prédominante du staphylococcus aureus.

En terminant la description de ce fait remarquable, l'auteur y signale avec raison les particularités suivantes :

1° Absence complète d'otorrhée pendant toute l'évolution de la maladie.

2° Absence des frissons et des grandes oscillations thermiques considérés comme caractéristiques de la phlébite suppurée.

3° Prédominance de la thrombo-phlébite du côté de l'oreille saine ; ce que l'auteur explique par l'oblitération précoce du sinus latéral droit forçant les petites veines de la pie-mère à déverser leur sang mélangé de pus dans le sinus latéral gauche par l'intermédiaire des voies anastomotiques. LUC.

**Tödtlicher Schlag, durch einige Ohrfeigen verursacht. (Commotion mortelle produite par plusieurs soufflets)**, par TH. HEIMAN, de Varsovie. *Zeitschr. f. Ohrenheilk.*, juillet 1893, p. 178.

Un fantassin, âgé de 23 ans, reçut d'un de ses chefs sur l'oreille gauche plusieurs soufflets qui déterminèrent une rupture du tympan et (vraisemblablement à la suite des injections pratiquées dans le conduit) un écoulement purulent.

Le blessé éprouva, dès le début, de violents vertiges et succomba au bout de 4 jours.

Le caractère négatif de l'autopsie permit d'exclure l'hypothèse de lésions encéphalo-méningitiques consécutives à la suppuration de l'oreille et force fut d'admettre que la mort avait été produite par simple commotion cérébrale. LUC.

**Sopra un caso di poliartrite complicante una otite media acuta. (Un cas de polyarthrite compliquant une otite moyenne aiguë)**, par le professeur G. GRADENIGO, de Turin. *Archivos internac. de Rinol.*, etc., août 1893.

Un jeune étudiant de 22 ans, présenta au 24e jour d'une suppuration

aiguë de l'oreille gauche, un gonflement diffus de la région sous-maxillaire du même côté. Ce gonflement ne s'étendait pas primitivement à la région mastoïdienne qui n'était même pas douloureuse à la pression.

Deux jours plus tard, apparition, au milieu de manifestations fébriles, de symptômes arthritiques aigus (gonflement, rougeur, douleur) au niveau de plusieurs articulations des membres (genou, coude, poignet du côté gauche, puis doigts de la main droite, enfin pied gauche). Cette complication s'amende rapidement sous l'influence de l'usage du salol à l'intérieur.

Cependant, la tuméfaction sous-maxillaire s'étant propagée à la région mastoïdienne du même côté et une fluctuation manifeste ayant été constatée à ce niveau, l'antre mastoïdien est ouvert et l'on peut se rendre compte que la tuméfaction sous-maxillaire avait été causée par l'ouverture de l'abcès mastoïdien en dedans de la pointe de l'apophyse.

Guérison rapide des accidents auriculaires, mastoïdiens et articulaires.

L'examen bactériologique du pus y ayant révélé la présence du streptocoque pyogène, l'auteur émet l'opinion que c'est cet agent qui a présidé à l'éclosion des manifestations polyarticulaires.

Nous nous permettrons de faire remarquer que, bien que le jeune malade n'eût pas présenté auparavant de manifestations rhumatismales, il est permis de supposer qu'il ait pu s'agir tout simplement ici de la coïncidence d'un rhumatisme aigu avec une otite.

Dans tous les cas, pour que l'opinion de l'auteur fût inattaquable, il eût été indispensable que du liquide retiré par ponction de l'une des jointures affectées révélât à l'examen bactériologique la présence du même élément pathogène. LUC.

**Discussion on the surgical treatment of mastoïd disease and its complication. (Discussion sur le traitement chirurgical de la mastoïdite et de ses complications).** 61st annual meeting of the *Brit. med. associat.*, held in Newcastle-on-Tyne. Août 1893.

Le professeur WILLIAM MACEWEN, rappelant les rapports anatomiques qui existent entre l'antre mastoïdien, le sinus sigmoïde et le canal facial, a adopté comme champ osseux opératoire pour l'ouverture de l'antre un espace situé en haut et en arrière du conduit auditif et qu'il désigne sous le nom de « suprameatal triangle », méthode qui lui permet d'éviter à la fois le sinus et le nerf.

W. M. a, en outre, adopté comme règle de conduite, l'antre une fois

ouvert, de mettre également au jour la cavité de l'attique en prolongeant en avant la brèche osseuse. C'est par cette voie que l'auteur pratique l'extraction des osselets et le curettage des fongosités qui encombrent l'oreille moyenne. Cela fait, le tegmen de l'attique est minutieusement exploré à la faveur d'un bon éclairage. Si on le trouve érodé, on l'ouvre largement pour enlever les fongosités qui ne manquent pas en pareil cas de se montrer sur la dure-mère et pour agir même au besoin sur la substance cérébrale, après l'avoir mise à nu. Les abcès cérébraux peuvent effectivement être ponctionnés par cette région, mais W. M. pense qu'il y a intérêt alors à pratiquer une seconde ouverture crânienne plus haut, afin de donner issue au tissu cérébral sphacélé qui ne saurait être éliminé autrement.

Passant à la question de la thrombose du sinus latéral, l'auteur conseille de la traiter de la façon suivante : Le sinus est largement ouvert et débarrassé de son contenu. Cela fait, la paroi externe du vaisseau est libérée, puis appliquée contre la paroi interne et maintenue dans cette situation au moyen d'un tamponnement de gaze iodoformée.

L'auteur préfère cette méthode à la ligature de la veine jugulaire interne qui ne lui paraît pas efficace à l'égard du danger de l'embolie que l'on se propose de conjurer, les éléments septiques trouvant dans les veines qui vont de la base du crâne aux vertébrales, par les trous condyliens, un moyen de transport vers la sous-clavière.

Dans le cas où les lésions osseuses profondément cantonnées dans la portion pétreuse du temporal se prêtent mal à une intervention radicale et exigent une surveillance post-opératoire spéciale, W. M. laisse le foyer en communication avec l'extérieur, en maintenant ouverte la brèche rétro-auriculaire, et la permanence de cette communication est facilement réalisée par l'épidermisation du trajet.

L'existence incontestable de lésions méningitiques ne constituent plus pour l'auteur, une contre-indication opératoire, depuis qu'il a réussi chez plusieurs malades à enrayer, par une hardie intervention, cette complication considérée jusqu'ici comme l'équivalant d'un *veto* absolu.

Le professeur Victor Horsley pose la question de savoir combien de temps l'otologiste, en présence d'une otite suppurée chronique, est autorisé à s'en tenir aux moyens simples (lavages, pansements...) et à différer l'intervention chirurgicale.

Il croit pouvoir évaluer cette période de temporisation à une année. Si, après un an de soins antiseptiques minutieux, on n'a pu obtenir la

disparition des granulations ni le tarissement du pus, il est d'avis qu'il faut procéder à l'ouverture de l'antre, avec prolongement de la brèche osseuse jusqu'à la cavité tympanique, de façon à pouvoir réaliser le complet nettoyage de toutes les portions de l'oreille moyenne.

A propos de la ligne de conduite à tenir en face des signes de la phlébite du sinus latéral, il se montre partisan de la ligature de la jugulaire pratiquée antérieurement à l'ouverture du sinus. Il ne croit pas à la valeur de l'objection ardessée par Macewen à cette opération, le thrombus s'étendant généralement, en pareil cas, aux veines considérées par cet auteur comme pouvant servir au transport des germes infectieux vers la sous-clavière. La ligature de la jugulaire se présente donc, dans ces circonstances particulièrement graves, comme la seule mesure offrant chance de sauver le malade.

Le Dr H. E. JONES propose une méthode d'exploration de l'apophyse mastoïde au moyen d'un otoscope appliqué comme d'ordinaire, tandis qu'un diapason vibrant est placé sur les divers points de la région.

Dans la majorité des cas, le diapason serait perçu avec le maximum d'intensité et de durée, quand il est appliqué au niveau du triangle supra-meatal de Macewen, correspondant au point au niveau duquel l'antre se rapproche le plus de la surface osseuse.

Dans deux cas où le son paraissait extraordinairement bien transmis, on trouva la cavité mastoïdienne remplie par une masse cholestéatomateuse. Dans d'autres cas où le son était diffus, mais non particulièrement intense, on constata ultérieurement qu'on avait affaire à une apophyse éburnée et que l'antre était petit et profondément situé.

L'auteur suppose (sans que cette hypothèse repose sur des faits observés), que cette méthode pourrait permettre de reconnaître à l'avance les cas où le sinus latéral s'avance anormalement en avant et en dehors.

L'expérience de J. le porte à approuver la méthode préconisée par Macewen et consistant à attaquer les abcès cérébraux, en commençant la brèche osseuse par l'ouverture de l'antre et en suivant par conséquent la marche des lésions. Dans un cas, en effet, où il avait réussi à ouvrir un abcès du lobe temporo-sphénoïdal, en trépanant le crâne à un demi-pouce au-dessus du plancher de l'étage moyen, il découvrit, après coup qu'il existait une communication entre le foyer et la cavité tympanique ; aussi, bien que son malade guérît, pensa-t-il qu'il eût été préférable de commencer par découvrir le tegmen de l'attique.

En cas de thrombose du sinus latéral, dans le but d'empêcher le trans-

port des éléments septiques par les veines vertébrales, J. propose de substituer à la ligature de la jugulaire la découverte du sinus au voisinage du pressoir d'Hérophyle et sa compression à ce niveau : après quoi le sinus est ouvert et nettoyé par la brèche mastoïdienne.

Le Dr Rushton Parker recommande l'emploi de la glycérine phéniquée (1 p. 20), comme le meilleur topique à employer contre l'otorrhée, en attendant que l'intervention chirurgicale paraisse indiquée. Il préfère ce moyen aux injections qui peuvent entraîner les produits septiques dans des parties profondes de l'oreille, jusque-là respectées.

Luc.

**A successful case of ligature of internal jugular vein and trephining lateral sinus in an ear case, whilst the symptoms of pyaemia were well pronounced. (Ligature de la veine jugulaire interne, trépanation du sinus latéral dans un cas d'affection de l'oreille accompagnée de symptômes de pyémie nettement accusés. Guérison)**, par le Dr H. Clutton. In *Brit. med. Journ.*, 16 avril 1892, p. 817.

Un enfant de 10 ans, atteint depuis le mois de mai 1891, d'une otite suppurée consécutive à une attaque d'influenza, éprouve le 27 novembre des douleurs aiguës dans la tête et dans l'oreille droite. Son écoulement cesse à ce moment, et la douleur semble avoir son maximum d'intensité au-dessus de l'oreille. Cinq jours après, le malade a une sorte d'attaque suivie de frissons et d'une forte élévation de la température ; les quatre jours suivants, mêmes frissons, même élévation de la température suivie d'une chute très accusée et de sueurs profuses. Pas d'écoulement. Les douleurs sont aussi violentes.

Au côté droit du cou, vers l'angle de la mâchoire apparaît un gonflement qui augmente rapidement de volume. L'enfant se plaignant également de douleurs dans l'avant-bras gauche, on l'examine et l'on trouve à ce niveau une traînée rouge avec un léger gonflement profondément situé au niveau du coude.

Tous ces symptômes de fièvre septique amenèrent les médecins appelés en consultation à cette conclusion, qu'on était en présence d'une thrombose suppurée du sinus latéral, que la veine jugulaire était obstruée au-dessous, et qu'une intervention opératoire était urgente.

Le 7 décembre on procède à l'opération : après avoir mis à nu la jugulaire, et l'avoir bien libérée des tissus environnants, on la lie aux deux

extrémités de l'incision et on l'ouvre entre les deux ligatures : un thrombus occupait la lumière du vaisseau.

La trépanation du sinus latéral est remise à une date ultérieure, l'état du malade étant à ce moment très précaire. On la fait trois jours après, l'enfant se trouvant en bonne condition. La couronne du trépan fut appliquée à un pouce en arrière et 1/4 de pouce au-dessus du centre du conduit auditif droit. Le sinus latéral était plein de pus ; on enleva alors la ligature que l'on avait faite sur le bout supérieur de la jugulaire, et l'on fit par le sinus un lavage qui fit sortir par la plaie du cou des caillots et du pus.

Le gonflement de l'avant-bras fut également incisé, mais il ne contenait pas de pus.

La température tomba immédiatement après l'opération, et les douleurs cessèrent.

Le 12 décembre, nouvelle ascension du thermomètre provoquée par un foyer septique au niveau du poignet. L'ouverture de ce foyer donna issue à une quantité assez notable de pus.

Depuis cette dernière intervention aucune complication n'a surgi et les progrès de la convalescence, quoique lents, ont été constants. L'enfant est aujourd'hui guéri.

GOULY.

**Two cases of aural pycemia treated by operation. (Deux cas de pyohémie d'origine otique traités chirurgicalement)**, par ALF. PARKIN (de Londres). *The Lancet*, 11 mars 1893.

*Premier cas.* — Un enfant de neuf ans est pris de céphalalgie et de grandes attaques de frisson au 8e jour d'un écoulement purulent de l'oreille droite. Sensibilité de la région mastoïdienne et de la région des vaisseaux profonds du cou. Langue saburrale, subictère, gonflement du foie, râles à la base du poumon droit avec respiration soufflante en un point. Gonflement des deux papilles rétiniennes avec prédominance à droite. Température, le soir de l'opération : 40°.

L'enfant étant chloroformé, on commença par ouvrir l'antre mastoïdien qui était rempli de pus et que l'on nettoya soigneusement, ainsi que les autres parties de l'oreille moyenne. On agrandit alors la brèche osseuse, de façon à mettre le sinus latéral au jour. On trouva une collection purulente sous-dure-mérienne accumulée le long du sinus. Après avoir enlevé ce pus, on put se rendre compte que le sinus était manifes-

tement thrombosé. En conséquence, la veine jugulaire fut découverte, à son tour, assez bas, dans la profondeur du cou. Les parois de ce vaisseau étaient tellement épaissies par la périphlébite, qu'elles donnaient au toucher la sensation d'une grosse artère vide.

La veine fut liée le plus bas possible en deux points et sectionnée entre les deux ligatures. L'intérieur du vaisseau présentait de nombreux dépôts feuilletés adhérents à sa paroi interne. Les bouts sectionnés furent désinfectés et la plaie suturée. Le sinus latéral fut alors ouvert, on enleva le plus complètement possible les caillots qu'il contenait et on le nettoya avec une solution de sublimé. Un drain fut installé en contact avec la paroi du sinus et un second introduit dans l'antre.

Dès le lendemain, la céphalalgie avait disparu et l'état général s'était amélioré. Peu à peu les symptômes pulmonaires et l'ictère disparurent et la convalescence ne fut momentanément troublée que par une recrudescence fébrile (40°) accompagnée de céphalalgie et de gonflement œdémateux des paupières, particulièrement à droite, symptômes qui firent craindre, un instant, une extension de la thrombose au sinus caverneux droit.

Six semaines après l'opération, l'enfant pouvait être congédié en parfait état. Toutes ses plaies étaient cicatrisées et il pouvait suivre une conversation avec son oreille opérée.

*Deuxième cas.* — Fillette de 11 mois. Deux mois après le début d'une scarlatine, écoulement purulent de l'oreille gauche compliqué, au bout de quelques jours, de paralysie faciale. Un mois après le début de l'écoulement, elle est admise à l'hôpital.

A ce moment, elle est dans un état demi-comateux, la température est inférieure à la normale. Il existe un léger gonflement derrière l'apophyse mastoïde gauche. L'oreille de ce côté est le siège d'un écoulement fétide. Râles et respiration bronchique à la base du poumon gauche. La palpation du cou n'y révèle rien d'appréciable.

L'enfant étant chloroformée, on ouvre l'abcès mastoïdien et l'on constate que par le foramen de la veine mastoïdienne il est en communication avec l'intérieur du crâne. On ouvre alors l'antre et on le débarrasse, ainsi que le reste de l'oreille moyenne, par un lavage antiseptique, du pus fétide qui s'y trouve contenu. Cela fait, on découvre le sinus latéral et on le trouve rempli de caillots décomposés dont on le débarrasse avec la curette. C'est alors seulement (nous avouons ne pas nous expliquer cette façon de procéder) que la veine jugulaire est découverte, trouvée vide et liée. Il n'existait pas de périphlébite au niveau de la ligature.

La guérison, dans ce cas, fut encore plus rapidement obtenue que dans le précédent. La paralysie faciale et les signes broncho-pneumoniques se dissipèrent graduellement, et l'enfant put être renvoyée au bout d'un mois, débarrassée de son otorrhée et avec une parfaite cicatrisation de ses plaies.

Comme le fait très justement remarquer l'auteur, le diagnostic, dans ce deuxième cas, présenta de grandes difficultés. On n'avait pas en effet noté de grands frissons, et la phlébite du sinus ne fut soupçonnée qu'après constatation de la communication de l'abcès rétro-mastoïdien avec l'intérieur de la cavité crânienne.

Il est éminemment remarquable et instructif que dans ces deux faits, la guérison put être obtenue, malgré l'apparition de manifestations pulmonaires, longtemps considérées comme l'équivalent d'un arrêt de mort, en pareille circonstance. LUC.

**The treatment of chronic suppuration of the middle ear by excision of the auditary ossicles.(Le traitement des suppurations chroniques de l'oreille par l'excision des osselets)**, par le Dr WILLIAM MILLIGAN (de Manchester). Communication à la 61e session de la *Brit. med. Associat.*, tenue à Newcastle-on-Tyne, août 1893.

L'auteur a pratiqué l'extraction du marteau et de l'enclume sur quinze malades atteints de suppuration rebelle de l'attique. Au moment de sa communication, deux malades étaient encore en traitement, deux améliorés, onze guéris.

Dans cinq cas, le marteau était intact et l'enclume cariée; dans six cas, c'était le contraire, dans les quatre autres cas, la carie portait sur les deux osselets. Dans les deux cas améliorés, et dans l'un des cas guéris, il n'y avait pas signe de régénération de la membrane. Cette régénération s'était, au contraire, réalisée chez dix des opérés, et elle paraissait en bonne voie sur les deux sujets encore en traitement.

Chez huit des opérés, l'ouïe a été plus ou moins améliorée; chez trois autres, elle n'a pas été modifiée; chez deux autres enfin, elle s'est montrée consécutivement diminuée. La question de l'audition n'est pas encore résolue chez les deux malades encore en traitement.

De l'histoire de ses quinze malades, M. tire les conclusions suivantes:

1° L'excision de la membrane et des osselets est indiquée pour les cas d'otite moyenne suppurée chronique accompagnée de la perforation de la membrane de Shrapnell et de carie des osselets ou des parois de l'attique, après échec constaté d'un soigneux traitement local.

2° L'opération a généralement pour conséquence la cessation ou une diminution prononcée de la suppuration.

3° Les symptômes subjectifs tels que vertige, bourdonnements, disparaissent ou s'atténuent considérablement.

4° Les attaques de céphalalgie cessent.

5° Le pouvoir auditif est amélioré, ou reste ce qu'il était avant l'opération.

6° Il ne reste diminué que dans une faible proportion de cas.

7° Dans les cas d'affection chronique de l'attique, le reste de la caisse étant normal et la seule perforation existant au niveau de la membrane de Schapnell, l'opération en question (ou toute autre analogue) paraît être le seul moyen de guérison. LUC.

**Septic thrombosis of the lateral sinus; internal jugular vein tied and sinus cleared out; extension of phlebitis to the opposite lateral sinus. (Thrombose septique du sinus latéral; ligature de la veine jugulaire interne et nettoyage du sinus; extension de la phlébite au sinus latéral du côté opposé)**, par le Dr HUGH E. JONES (de Liverpool). Communicat. à la 61e session de la *Brit. med. Associat.* tenue à Newcastle-on-Tyne (août 1893).

Fillette de 6 ans. Otorrhée, suite de rougeole remontant à neuf mois. Deux semaines avant son admission, est prise de frissons et de vomissements. Deux jours avant son admission, abcès mastoïdien superficiel qui est ouvert de suite.

L'enfant une fois admise à l'hôpital, J. commence par ouvrir et nettoyer l'antre mastoïdien, mais les signes de phlébite du sinus persistent (frissons, grandes oscillations thermiques); on note en outre une légère sensibilité sur le trajet de la veine jugulaire interne.

L'auteur applique alors une couronne de trépan au-dessus du sinus latéral, tout près de l'ouverture mastoïdienne antérieurement pratiquée. On trouve un abcès sous-dure-mérien communiquant par un petit orifice avec l'antre mastoïdien. Cet abcès est nettoyé; on enlève en outre la paroi antérieure du sinus qui se montre mortifiée. Cela fait, la veine jugulaire interne est liée en deux places, au voisinage du muscle omo-hyoïdien. Ce vaisseau paraissait plein de sang à partir de la veine faciale. On retourne alors au foyer crânien pour pratiquer le grattage et le lavage du sinus. On réussit à enlever le caillot du bout supérieur (ou périphérique) de ce vaisseau et à arrêter l'hémorrhagie qui se produisit aussitôt, au moyen d'un tamponnement de gaze iodoformée.

Amélioration nette pendant vingt-quatre heures.

Une nouvelle aggravation s'étant ensuite produite, un second grattage du sinus est pratiqué. Cette fois, pas d'amélioration, mort cinq jours après.

L'examen du crâne ayant été seul autorisé, on trouva les parois du sinus latéral saines, depuis sa jonction avec le sinus pétreux supérieur jusqu'à un demi-pouce du pressoir d'Hérophyle. A ce niveau commençait une zone de phlébite avec caillots adhérents en décomposition, s'étendant dans le sinus longitudinal supérieur et dans le sinus latéral du côté opposé. Il existait en outre une petite zone de phlébite isolée dans ce dernier sinus.

Pas de lésions des centres nerveux.

L'auteur pense qu'en pareil cas, il serait indiqué de découvrir le sinus latéral le plus près possible du pressoir d'Hérophyle et de commencer par le comprimer en arrière avec de la gaze iodoformée, avant d'en opérer l'ouverture et le grattage. On réaliserait ainsi le double avantage : 1° d'arrêter le transport des produits septiques vers le sinus longitudinal supérieur et le sinus latéral opposé ; 2° d'empêcher l'hémorrhagie au moment de l'extraction du caillot périphérique et d'avoir tout loisir pour opérer le grattage et le nettoyage du vaisseau. LUC.

**The symptoms and treatment of septic infection of the lateral sinus as illustrated by ten cases (Symptômes et traitement de l'infection du sinus latéral d'après un total de dix cas)**, par le Dr W. ARBUTHNOT LANE, de Londres. Communicat. au 61e Congrès de la *British med. Associat.*, tenu à Newcastle-on-Tyne, août 1893. — Section d'otologie.

A part le 3e cas, chez tous les malades de L. les accidents survinrent dans le cours d'une otorrhée chronique caractérisés, chez presque tous, par une céphalalgie unilatérale avec irradiations partant de la profondeur de la région mastoïdienne et par des frissons ou tout au moins par de grandes oscillations thermiques (observ. 8 et 9). L'auteur attribue naturellement ce dernier symptôme à l'infection d'origine phlébitique ; quant à la céphalalgie, il la rapporte à l'abcès sous-dure-mérien qui fut sans exception trouvé chez tous ses malades. Cet abcès au milieu duquel baigne le sinus serait d'après lui le point de départ de la sinusite infectieuse, par infiltration des parois du vaisseau.

Chez la plupart des malades la douleur était exclusivement spontanée :

chez les deux malades des observations 1 et 6 seulement, elle se montrait réveillée par la pression de la région mastoïdienne, le premier présentait en outre (et il en fut le seul exemple) de la rougeur de la peau. Chez le malade nº 7 la douleur ne pouvait être éveillée que par la percussion.

Dans quatre cas (nos 1, 2, 5, 7) l'auteur nota les signes de la névrite optique; dans deux cas (observ. 4 et 8), de l'œdème palpébral.

L'opération révéla dans six cas (obs. 1, 3, 4, 6, 8, 10) une oblitération complète du sinus par un thrombus. Dans l'observation 9, le thrombus n'oblitérait que partiellement le calibre du vaisseau. Dans l'observation 2, il existait de la phlébite sans thrombus.

Le sinus fut ouvert et nettoyé dans les cas 1, 6, 8, 9, 10. Ces cinq malades guérirent. La guérison fut en outre obtenue dans l'observation 3, où la jugulaire fut liée sans ouverture du sinus, et dans les observations 5 et 7, où toute l'intervention fut limitée à l'ouverture et au nettoyage du foyer purulent extra-dure-mérien. Dans tous les autres cas la veine jugulaire fut liée. Dans l'observation 4, le sinus latéral fut lui-même lié.

Dans les observations 5 et 7 on constata une arachnoïdite localisée qui d'ailleurs n'empêcha pas les malades de guérir.

Deux malades seulement (obs. 2 et 4) succombèrent avec le cortège classique des accidents pyohémiques. Chez le premier, l'auteur ne trouvant pas de signes de thrombus dans le sinus s'abstint de l'ouvrir, ce qu'il regretta après coup ; chez le second, le sinus latéral avait été lié, mais l'autopsie révéla une extension de la phlébite au sinus pétreux supérieur.

Dans les cas où l'ouverture du sinus latéral donna lieu à une hémorrhagie, soit immédiatement, soit après élimination du thrombus, on en eut assez facilement raison par un tamponnement rapide avec de la gaze iodoformée.

LUC.

---

# BIBLIOGRAPHIE

**La voix, le chant et la parole**, par LENNOX BROWNE et EMILE BEHUKE. Traduit par le Dr PAUL JARNAULT, sur la 14e édition anglaise.

L. B. et B. donnent comme sous-titre à leur ouvrage celui de guide pratique de l'orateur et du chanteur, et, dans l'ouvrage même, ils l'appel-

lent un manuel. C'est en effet l'un et l'autre : un manuel parce que toutes les questions qui se rapportent à la voix y sont traitées sommairement, comme les lois du son, l'anatomie et la physiologie du larynx, les notions que nous donne le laryngoscope sur la position des cordes vocales dans les différents registres ; un guide pratique, parce que tout l'enseignement du livre converge vers quelques chapitres pratiques, l'hygiène de la voix, la vie du chanteur et de l'orateur, et surtout le chapitre le plus intéressant du livre, la culture de la voix.

J'y aime moins celui où les auteurs nous parlent des maladies du chanteur et de l'orateur, chapitre trop banal pour les médecins, dangereux pour les autres, s'ils croient pouvoir y puiser des indications pour se soigner eux-mêmes.

L. B. et B. terminent par quelques considérations sur les défauts de la parole et le bégaiement, le stammering et le stuttering, considérations dont le grand intérêt fait regretter leur peu d'étendue.

Notre littérature nationale est pauvre en livres sérieusement scientifiques, sur le sujet traité par les auteurs anglais. Aussi doit-on remercier M. Jarnault d'avoir mis leur ouvrage à la portée des lecteurs français.

JACQUIN

**Des végétations adénoïdes du pharynx nasal**, par le Dr BARTOLI. Thèse, 1893.

La thèse de B. satisfait aux conditions de toute bonne thèse : l'auteur y a mis tout ce qu'on sait sur la question traitée. Aussi, l'anatomie pathologique y remplit-elle un chapitre fort court, tandis que ceux où l'auteur s'occupe de la symptomatologie et du traitement ont un grand développement. Michel Dansac publie précisément en ce moment des travaux qui auraient comblé la lacune que nous signalons, si B. avait soutenu sa thèse un peu plus tard.

B. étudie avec une grande force documentaire les symptômes des végétations : bouche ouverte, déformation de la face et du nez, ogivalité de la voûte palatine, projection en avant du voile palatin, déviations dentaires, déformation de la poitrine. Il épuise la question des déviations vertébrales, des complications auriculaires, des troubles de la parole et de la surdi-mutité. Il subdivise le chapitre des troubles respiratoires en troubles de la respiration nasale, sommeil agité, faux croup ; rhumes, bronchites et asthme. Enfin il parle des complications stomacales, nerveuses, oculaires, et du retentissement des végétations sur la santé générale.

Dans le chapitre consacré au traitement, B. cite l'écrasement avec le doigt et l'emploi des caustiques, pour les condamner. Après avoir critiqué l'emploi du chloroforme et parlé du bromure d'éthyle, dont Calmettes se servit le premier en France, il donne ses préférences à l'anesthésie locale par la cocaïne à 1/5 ou à 1/10. Les instruments sont divisés en deux séries, les pinces (parmi lesquelles notre préférence personnelle est pour celle de Ruault), et les couteaux de Gottstein et de Moritz Schmidt.

B. établit ensuite les règles du manuel opératoire et les soins consécutifs à l'opération.

Aux indications et contre-indications du traitement manque la base anatomo-pathologique. Les travaux de Michel Dansac donnent des idées toutes nouvelles sur cette question et qui expliqueront, comme dans l'observation de Delporte citée par B., la récidive des végétations en sarcome globo-cellulaire.

B. termine enfin par l'étude des accidents du traitement : hémorrhagies et accidents infectieux et inflammatoires. JACQUIN.

**Manuel pratique des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne** (2e édition), par le professeur MOURE (de Bordeaux). Doin, éditeur.

Nous ne pouvions passer sous silence l'apparition de cette deuxième édition de l'excellent traité de notre ami, le professeur Moure, l'auteur n'ayant rien moins que doublé le nombre de pages de son livre primitif, pour le mettre de niveau avec les derniers progrès réalisés dans la rhinologie.

Parmi les parties nouvelles de cette seconde édition, signalons tout d'abord un long chapitre consacré à la thérapeutique générale des fosses nasales et où les diverses méthodes de traitement propres à cette région (douches, pulvérisations, insufflations, cautérisations) sont successivement présentées avec leurs avantages et leurs inconvénients.

La pathologie, à proprement parler, des fosses nasales s'ouvre par une étude de leurs vices de conformation et notamment des malformations de la cloison, où figure la description de la méthode de traitement par l'électrolyse à laquelle l'auteur a justement attaché son nom, depuis ses travaux en commun avec Bergonié.

Plus loin, à la suite de plusieurs chapitres consacrés aux différentes formes de coryza aigu, M. traite spécialement de l'hydrorrhée nasale et du coryza fibrineux ou pseudo-membraneux.

Les diverses variétés de coryza chronique ont trouvé, dans le livre de M., la large place qu'elles méritent.

Quant au *coryza caséeux*, tout en reconnaissant avec Potiquet qu'il est le plus souvent le résultat de causes variées s'opposant à l'expulsion des sécrétions nasales, l'auteur croit devoir cette fois le considérer comme une véritable entité morbide, en raison de la prédominance du symptôme créé pour l'accumulation des masses caséeuses formées dans ces circonstances.

La partie la plus nouvelle et la plus importante du livre de M. nous paraît être celle consacrée aux affections des divers sinus tributaires des cavités nasales.

Le lecteur la lira avec le plus grand profit, car il y trouvera une description précise des divers éléments de diagnostic et de traitement conquis dans ces dernières années par la rhinologie sur ce terrain d'une exploration particulièrement délicate et difficile.

Ainsi que l'annonce l'auteur dans son avant-propos, tout en augmentant considérablement les dimensions de son ouvrage primitif, il s'est appliqué à lui conserver son caractère de *manuel pratique*. Aussi, ne saurions-nous trop le recommander aux étudiants, comme un excellent moyen d'initiation à la *pratique* de la rhinologie.

Ce traité est enrichi de 127 figures insérées dans le texte et de 4 planches lithographiques, hors texte. Les figures concernant les cavités accessoires sont presque toutes inédites et ont été dessinées d'après des photographies prises elles-mêmes sur des coupes pratiquées à l'amphithéâtre d'anatomie de Bordeaux. LUC.

**Traitement des suppurations de l'attique**, par le Dr EUGÈNE WEISSMANN. Thèse de Paris, 1893.

Cet excellent travail est le fruit des études poursuivies par l'auteur à la clinique des Drs Alfred Martin et Lubet-Barbon, ses maîtres. Il a sa place indiquée dans la bibliothèque de tout otologiste désireux de se tenir au courant de l'évolution de notre spécialité, car il fixe nettement les progrès successivement réalisés dans le traitement chirurgical de la localisation la plus grave des suppurations de l'oreille moyenne.

Après quelques pages consacrées à l'anatomie de l'attique, ou étage supérieur de la cavité tympanique, dans lesquelles l'auteur, après nous avoir montré le peu d'accessibilité de cette région, nous laisse entrevoir par quel artifice opératoire l'obstacle naturel à une intervention chirurgicale radicale

pourra être renversé, il nous trace, dans un substantiel historique, les étapes successives parcourues par l'otologie dans ses efforts continus pour atteindre les points malades les plus reculés de la cavité suppurante. Il nous montre Trœltsch signalant, dès l'année 1868, un cas de perforation post-suppurative du mur de la logette, puis Bezoldt (1878), Burnett (1881), recommandant les lavages de la région en question, au moyen d'une sonde recourbée.

Nous trouvons ensuite mentionnés le travail de Morpurgo (1883) conseillant l'agrandissement de la perforation quand elle donne au pus un passage insuffisant ; puis les publications de Schwartze et de Kessel sur l'extraction des osselets ; enfin, le travail de Kretschmann distinguant les cas dans lesquels l'attique communique avec la trompe de ceux dans lesquels cette communication n'existe pas, et conseillant, dans la première hypothèse, les lavages par la trompe, et dans la seconde, l'extraction des osselets, comme moyen d'établir opératoirement une communication entre les deux étages de la caisse et d'assurer un bon drainage du foyer.

L'important travail de Ludwig sur la carie isolée de l'enclume est tout naturellement mentionné à la suite de celui de Kretschmann, et cet exposé se termine par la mention du récent et *grand événement* de la chirurgie de l'oreille : l'opération de Stacke qui vient si heureusement couronner la série des progrès précédents, et achève d'abattre les derniers obstacles capables d'arrêter nos efforts d'intervention.

Suit le chapitre *Diagnostic.*

L'auteur y établit très justement que la connaissance du siège particulier du foyer suppuratif ne peut être acquise que par l'examen objectif aidé de la sonde, et il insiste sur ce détail important, que le pus provenant de l'attique peut se faire jour par une perforation de la portion inférieure de la membrane tympanique sans perforation de la membrane de Schrapnell. C'est surtout dans ce dernier cas que l'emploi du stylet est indispensable. W. conseille, à l'exemple de Martin, de le faire précéder d'une cocaïnisation à fond de l'attique. Pour cela, quelques gouttes d'une solution récemment bouillie de chlorhydrate de cocaïne à 1/5 sont injectées dans l'étage supérieur de la caisse, puis un petit tampon imbibé de la même solution est appliqué contre la perforation. La manœuvre du stylet est ainsi rendue très supportable ; mais, ajoute judicieusement l'auteur, *les renseignements ainsi obtenus n'ont de valeur que s'ils sont positifs.*

W. donne ensuite, d'après Schwartze, Grünert et Ludwig, les signes de la carie simultanée ou isolée des deux premiers osselets, puis ceux de

la carie des parois de l'attique et de l'antre mastoïdien. Cette dernière complication serait à soupçonner, d'après Lubet-Barbon, en l'absence de tout autre symptôme, en présence d'un écoulement abondant et persistant, pendant le lavage, sous les yeux même de l'observateur.

Le chapitre *Traitement* constitue, cela va sans dire, la partie capitale du travail de W.

En présence des signes reconnus d'une suppuration de l'attique, l'auteur conseille naturellement de procéder du simple au composé et de ne recourir à une intervention opératoire quelconque qu'après avoir constaté l'inefficacité des moyens plus simples (lavages par la trompe, ou avec la sonde de Hartmann, etc.).

Il considère l'ablation du marteau comme indiquée, quand l'attique ne communique pas avec la trompe, quand la perforation de la membrane flaccide est très étroite, quand le diagnostic de carie osseuse a été posé. Il conseille de pratiquer cette opération, à l'exemple de ses deux maîtres, sans narcose chloroformique à l'aide du bistouri et du serre-nœud monté avec un fil de laiton. L'anesthésie réalisée par la cocaïne suffirait, à la condition de se servir d'une solution de chlorhydrate à 1/5 que l'on maintient dans l'oreille pendant dix minutes.

La ténotomie préalable du muscle tenseur ne paraît pas nécessaire à l'auteur. Quand l'anse de laiton a été posée autour du col du marteau, il recommande d'exercer presque exclusivement les tractions de haut en bas, et non de dedans en dehors.

S'inspirant des travaux de Ludwig, W. conseille, étant donnée la grande fréquence de la carie de l'enclume, de pratiquer systématiquement l'ablation de cet osselet, en même temps que celle du marteau. Cette opération sera exécutée au moyen du crochet de Ludwig et, comme la précédente, à la faveur de la simple cocaïnisation prolongée de la région.

W. passe ensuite à l'opération de Stacke dont il nous donne une excellente description que nous ne reproduirons pas ici, ayant déjà eu plus d'une fois, nous-mêmes, l'occasion d'en parler longuement dans nos analyses antérieures. Nous nous arrêterons seulement à quelques détails techniques que W. nous présente comme dus à l'initiative de ses deux maitres, et dont nos lecteurs pourront comme nous faire leur profit.

Tout d'abord, W. conseille de pratiquer l'incision cutanée, non précisément au niveau de l'insertion du pavillon, mais à 1 ou 2 millimètres en arrière, afin de faciliter les sutures.

Après l'incision du conduit membraneux, au moment où l'on se dispose à agir sur la membrane du tympan, il est indispensable que l'hé-

mostase soit complète : pour obtenir ce résultat, il applique sur la surface de section attenant au pavillon une fine compresse de gaze qu'on charge sur l'écarteur, et qui s'imbibe du sang qui suinte des tissus.

Si le jour est clair et vient d'en haut, W. est d'avis d'opérer à la lumière du jour, mais il trouve dans tous les cas plus d'avantages à se servir d'une lampe électrique tenue par un aide ou montée sur un bandeau frontal.

Lorsque l'antre aura été trouvé sain, une fois le marteau et l'enclume enlevés et les parties malades de l'attique curettées, on pourra suturer la plaie postérieure ; dans le cas au contraire où l'antre ayant été trouvé malade, on a dû étendre la brèche osseuse jusqu'à lui, on ne suturera que les points extrêmes de l'incision et l'on procédera à la formation du lambeau pris aux dépens de la paroi postérieure du conduit membraneux, conformément aux instructions de Stacke.

W. insiste, dans le cas où l'opération est étendue à l'antre, sur la nécessité de réprimer ultérieurement par d'énergiques cautérisations la formation des bourgeons exubérants qui s'opposent au bon drainage des profondeurs de la plaie.

Le travail de W. est suivi de 22 observations toutes inédites et provenant de la clinique des Drs Alfred Martin et Lubet-Barbon.

LUC.

**Des perforations de la membrane de Shrapnell**, par le Dr AIMAR RAOULT. Thèse de Paris, 1893.

Les perforations de la membrane de Sprapnell dont la première observation paraît avoir été publiée par Moos en 1884, mais dont la valeur clinique a surtout été bien mise en évidence et vulgarisée par les travaux de Bezold (1879) et Morpurgo (1883) constituent un chapitre relativement récent de l'otologie dont on s'était jusqu'à ces derniers temps peu occupé dans notre pays. Aussi croyons-nous que M. Raoult a fait œuvre éminemment utile en prenant cette question pour sujet de sa thèse, d'autant mieux que ses fortes études chez nos collègues et amis Chatellier, Alfred Martin, et Lubet-Barbon l'ont mis à même d'imprimer à son travail un cachet d'observation personnelle et d'enrichir nos connaissances de quelques faits nouveaux.

Dans un premier chapitre, R. nous donne un historique complet et clair de la question, où les travaux produits pour la plupart en Allemagne sont substantiellement analysés.

Puis vient une étude anatomique de la membrane flaccide et de ses rapports avec l'attique et les osselets, étude inspirée par les travaux de Kertschmann, de von Trölsch et de Chatellier. Ce dernier a même fourni à l'auteur d'excellentes figures provenant des photographies des coupes de la région pratiquées par lui.

Dans le chapitre suivant consacré au diagnostic, R., après avoir mentionné les diverses hypothèses émises sur cette question encore fort obscure de l'origine des perforations de la membrane flaccide, tend à accepter l'opinion émise par Schmiegelow dans un remarquable article analysé par nous dans ces *Archives* (1891, p. 188), que les suppurations, dites de Schrapnell, seraient, la plupart du temps, des reliquats de suppurations de la totalité de la caisse s'éternisant dans son étage supérieur, en raison des difficultés créées à l'écoulement du pus par les particularités anatomiques de la région.

La nécrose primitive des osselets admise par certains auteurs lui paraît manquer de preuves suffisantes.

A côté des perforations chroniques, il décrit, comme Schmiegelow, une forme aiguë de la même affection, et rappelle les observations de cet auteur établissant que ces inflammations aiguës de l'attique peuvent être d'origine pharyngo-tubaire, tout comme les inflammations de la grande cavité tympanique, et que ce n'est que secondairement par suite d'épaississements et d'adhérences inflammatoires que l'étage supérieur de la caisse s'isole à la fois de l'étage inférieur et de la trompe.

L'auteur reprend cette division de la maladie en forme aiguë et chronique dans sa description symptomatique.

D'après lui, l'affection soignée à temps guérirait rapidement, mais le peu de réaction et de gêne qu'elle entraîne explique la négligence des malades à se faire soigner, et les dégâts étendus que nous avons trop souvent l'occasion de constater dès notre première inspection. (Carie de la tête des osselets et des parois de l'attique, et de la marge supérieure du cadre osseux tympanique, polypes, complications mastoïdiennes, cholestéatomes.)

Ces diverses lésions sont soigneusement passées en revue dans le chapitre consacré à l'anatomie pathologique.

De toutes les questions touchant aux perforations de la membrane de Shrapnell, il nous semble que celle du pronostic est capitale ; rien de plus frappant, en effet, que le danger de mort conféré par une lésion si minime et accompagnée de si peu de réaction que la plupart des malades ne s'en préoccupent que peu ou point. Il nous semble qu'il y avait là matière à un très intéressant chapitre, dans lequel l'auteur aurait cherché

à établir un rapport entre tel ou tel degré et tel ou tel siège des lésions et le plus ou moins grand danger des complications mortelles auxquelles nous faisons allusion. Aussi, avons-nous été surpris que R. n'ait pas été tenté de l'écrire.

Le dernier chapitre est consacré au traitement. R. nous y énumère d'abord les moyens simples par lesquels on doit toujours commencer: ablation, curettage et cautérisation des granulations polypeuses, lavages par la trompe ou directement à travers la perforation au moyen de la sonde recourbée de Hartmann. L'auteur aurait pu mentionner aussi les tamponnements répétés de la cavité au moyen de ouate iodoformée, méthode préconisée par Gruber et dont nous avons eu l'occasion d'apprécier les excellents résultats.

Si ces divers moyens échouent, R. conseille de recourir à l'extraction des osselets et au besoin à l'opération de Stacke.

Dans la dernière partie de son travail, R. a réuni toutes les observations de perforations de la membrane de Shrapnell publiées jusqu'ici; il y a joint quatre observations personnelles. LUC.

**Estudios clinicos sobre laringologia, otologia y rinologia, su practica y ensenada actual en Europa. (Études cliniques sur la laryngologie, l'otologie et la rhinologie, sa pratique et son enseignement actuels en Europe)**, par le Dr RICARD BOTEY (de Barcelone), troisième fascicule.

Ce troisième fascicule est consacré à l'Allemagne. L'auteur, après une très claire description de l'organisation générale des Facultés allemandes, nous donne le résultat des observations et des impressions recueillies par lui au cours de sa tournée scientifique qui comprend, outre Berlin, les Universités de Breslau, Erlangen, Fribourg, Giessen, Göttingen, Greifswald, Halle, Heidelberg, Kœnigsberg, Iéna, Kiel, Leipzig, Marburgo, Munich, Tubingen, Wurzbourg.

Nous trouvons dans son travail une description des principales cliniques et des modes de traitement plus ou moins particuliers à chacune d'elles. A la fin de chacune de ces descriptions, se trouvent signalés les cas cliniques les plus remarquables observés, chemin faisant, par l'auteur.

Le portrait de quelques-uns des plus célèbres spécialistes allemands se trouve annexé au texte.

En somme, le consciencieux travail de R. sera lu avec profit par ceux

de nos collègues qui n'ont pu aller étudier l'oto-laryngologie en Allemagne et il constituera un excellent guide pour ceux qui se proposeraient de faire ce voyage. LUC.

---

# OUVRAGES REÇUS

1° *Sopra un caso di corpo straniero nel naso*, par les professeurs G. GRADENIGO et V. MATTIROLO.

2° *Quelques cas de corps étrangers de l'oreille chez les enfants*, par le Dr MARCEL NATIER.

3° *Du triangle lumineux de la membrane du tympan*, par le Dr COURTADE.

4° *Traité pratique des maladies des yeux, des oreilles, du nez et du pharynx*, par le Dr A.-A. FOUCHER, de Montréal.

5° *Traitement des suppurations de l'attique. Ablation des osselets. Opération de Stacke*, par le Dr EUGÈNE WEISSMANN.

6° *Étude expérimentale et clinique sur le stérésol, vernis antiseptique adhérent aux muqueuses et à la peau*, par le Dr F. BERLIOZ, de Grenoble.

7° *Des polypes de la cloison des fosses nasales*, par le Dr NATIER, de Paris.

8° *Note sur la douche de gorge en jet*, par le Dr REVILLET, d'Allevart.

9° *Manuel pratique des maladies des fosses nasales et de la cavité naso-pharyngienne* (2e édition), par le professeur J. MOURE, de Bordeaux.

10° *Intubation in an adult followed by a fatal edema of the larynx after extraction of the tube*, par le Dr MAX THORNER, de Cincinnati.

11° *Weitere Beiträge zur Aetiologie und Therapie des Mittelohr-Cholesteatoms*, par le professeur SIEBENMANN, de Bâle.

12° *Estudios clinicos sobre laringologia, otologia y rinologia, su practica y enseñanza actual en Europa*, par le Dr RICARDO BOTEY, de Barcelone.

13° *Larynxödem*, par le professeur M. BRESGEN, de Francfort-a.M.

14° *Ueber Carcinome des Zungengrundes*, par le Dr MAX SCHEIER, de Berlin.

15° *Ueber Kehlkopffracturen*, par le même.

16° *Ueber Schussverletzungen der nase und deren Nebenhöhlen*, par le même.

17° *La microcidina ed il cloruro di sodio per i processi microbici, massime progeni dell' orecchio, del naso e della gola*, par le professeur VINCENZO COZZOLINO, de Naples.

18° *Ueber chronische essentielle fibrinöse Bronchitis* (Bronchial croup), par le Dr OSCAR BESCHORNER, de Dresde.

19° *Des déterminations bucco-pharyngo-laryngées dans l'érythème polymorphe*, par H. MENDEL, de Paris.

20° *Le pouvoir bactéricide du mucus nasal*, par les Drs R. WURTZ et M. LERMOYEZ, de Paris.

21° *Note sur un cas de sarcome de l'amygdale*, par le Dr M. LERMOYEZ, de Paris.

22° *Behandlung der Verbiegungen und Auswüchse der Nasenscheidewand durch Electrolyse*, par le professeur M. SCHMIDT, de Francfort-s.-M.

23° *Die seitlichen Divertikel des Nasenrachenraums*, par le même.

24° *Étude sur les abcès chroniques enkystés de l'amygdale*, par le Dr Peyrissac, de Cahors.

---

*Le Gérant :* G. STEINHEIL.

---

IMPRIMERIE LEMALE ET Cie, HAVRE

ARCHIVES INTERNATIONALES
DE
LARYNGOLOGIE, DE RHINOLOGIE
ET
D'OTOLOGIE



## TRAVAUX ORIGINAUX

# DE L'ACTION INVERSE DES CORDES VOCALES

Par le Dr **Max Scheier** (de Berlin).

D'après une communication faite à la Soc. laryng. de Berlin.

(Traduction du Dr Luc.)

Les troubles de coordination des muscles du larynx se présentent en clinique sous des formes si diverses, qu'il est difficile d'en tracer un tableau d'ensemble. Tandis qu'un grand nombre d'auteurs entendent par *trouble de la coordination* un désordre caractérisé par la prédominance fonctionnelle d'un ou de plusieurs muscles au moment de la contraction synergique d'un groupe musculaire, ayant pour conséquence, non plus le mouvement voulu, mais un mouvement en opposition avec la volonté ou avec le mécanisme habituel de la coordination, d'autres ont étendu l'acception du même terme jusqu'aux mouvements voulus complètement vicieux.

Si nous consultons à ce sujet les traités les plus répandus de laryngologie, nous y trouvons la distinction de deux formes essentielles de troubles de la coordination : le spasme fonctionnel phonatoire et le spasme fonctionnel inspiratoire. Ces deux variétés ont pour trait commun de se manifester seulement quand et aussi longtemps que le groupe muscu-

laire correspondant à la fonction (phonatoire ou inspiratoire) est sollicité à entrer en jeu. La différence qui les sépare, c'est que la première ne se produit qu'à l'occasion des mouvements phonatoires voulus, tant pour la parole que pour le chant, tandis que la seconde n'est provoquée que par l'acte inspiratoire. Cette dernière est caractérisée par cette particularité, que les cordes vocales, au lieu d'obéir à l'action exclusive des crico-aryténoïdiens postérieurs et de s'écarter au moment de l'inspiration, se rapprochent plus ou moins l'une de l'autre.

C'est un fait bien connu, qu'il est fréquent d'observer chez des sujets impressionnables ou hystériques, soumis pour la première fois à l'examen laryngoscopique, une impossibilité absolue d'obtenir l'écartement des lèvres de la glotte, quelque insistance que l'on mette à les prier de respirer profondément. C'est là un phénomène purement psychique. On constate même dans ces conditions que les tentatives d'inspiration forcée n'aboutissent qu'à déterminer l'occlusion glottique avec dyspnée inspiratoire passagère. Le fait que ce fonctionnement vicieux des cordes vocales ne se produit qu'à l'occasion de l'examen laryngoscopique et cesse après que le malade s'est suffisamment calmé, lui enlève toute espèce de caractère pathologique. Jusqu'ici le mécanisme pathogénique du phénomène s'est dérobé à nos tentatives d'explication.

Cette particularité de la production d'un mouvement opposé au mouvement voulu, d'une adduction glottique survenant au moment de l'inspiration qui devrait s'accompagner au contraire de l'écartement des cordes vocales, cette particularité, disons-nous, peut parfois revêtir les allures d'un état pathologique absolument chronique et, d'après Semon, constituer en quelque sorte une affection sui generis : l'*action inverse des cordes vocales*.

Le premier cas de cette entité morbide spéciale a été décrit par B. Fränkel en 1878 dans la *Deutsche Zeitschrift für practische Medicin*, nos 6 et 7. D'après Semon, il est

malaisé de trouver une place pour cette affection dans les cadres reconnus des névropathies laryngées. Si nous consultons à cet égard les traités de Gottstein et de Schrötter, nous trouvons que la description que donnent ces deux auteurs du spasme glottique fonctionnel inspiratoire s'applique étroitement aux faits d'action inverse des cordes vocales. D'ailleurs, les divers articles et traités où les faits de cet ordre sont étudiés, emploient les termes les plus variés pour désigner les troubles de coordination du larynx. Spasme glottique phonatoire, aphonie et dysphonie spasmodiques, spasme coordinatoire glottique, action inverse des cordes vocales, chorée laryngée, asynergie vocale, spasme fonctionnel des muscles du larynx, sont, d'après Gottstein, autant d'expressions s'appliquant tant à l'affection elle-même qu'à ses diverses modalités symptomatiques.

Le nombre des observations se rapportant au trouble spécial qui nous occupe est encore fort restreint. Aussi serait-il utile que la publication de nouveaux cas vînt enrichir nos connaissances cliniques à ce sujet et éclairer autant que possible sa pathogénie.

J'ai eu l'occasion d'observer un exemple d'action inverse des cordes vocales, alors que j'étais encore assistant du service chirurgical de l'hôpital municipal d'Urban et je dois à l'obligeante autorisation du Dr Körte, mon chef de service à cette époque, de pouvoir le publier ici.

Il s'agit d'une femme d'ouvrier âgée de 43 ans, qui se fit admettre à l'hôpital au mois d'août 1891 pour un ulcère de jambe dont le début remontait à de nombreuses années. Elle était à l'hôpital depuis plusieurs semaines sans que l'on eût remarqué aucune anomalie de sa respiration, quand elle fut subitement prise d'une violente dyspnée qui prit les proportions d'une attaque asphyxiante avec légère cyanose de la face. On songeait déjà à recourir à la trachéotomie quand la dyspnée cessa tout à coup spontanément.

En fouillant le passé de la malade, on apprit que, déjà un an auparavant, se trouvant dans un autre hôpital, elle avait eu un semblable accès dyspnéique, que là aussi on avait eu l'intention de pratiquer sur elle la

trachéotomie, qu'elle s'était refusée à subir cette opération, que d'ailleurs, cette fois aussi, l'attaque s'était calmée au bout de quelques heures et que la dyspnée, après quelques recrudescences survenues à l'occasion d'efforts, ne s'était pas prolongée au delà de quelques semaines.

A part cela la malade n'accusait aucun accident pathologique antérieur. Elle ne présentait d'ailleurs aucune tare héréditaire.

Une heure après l'accès qui s'était produit sous nos yeux, je relevai l'ensemble de constatations suivantes :

La malade est d'apparence chétive, son teint est d'une pâleur anémique et son système musculaire peu développé. Son visage, sans être à proprement parler cyanosé, exprime un état de dyspnée prononcée. La respiration est fortement accélérée. La malade est assise dans son lit. Chaque inspiration s'accompagne d'un sifflement strident et prolongé, assez intense pour qu'on puisse l'entendre dans toute la salle. L'expiration en revanche s'accomplit avec une tranquilité parfaite. La voix, pendant la conversation, est faible, mais non enrouée. Au bout de quelques mots se produit une pause nécessitée par l'insuffisance de l'air dont dispose la malade pour parler à la suite d'une de ses inspirations laborieuses. La dyspnée augmente d'ailleurs par le fait de la parole. Le larynx accomplit des mouvements prononcés d'élévation et d'abaissement.

L'examen laryngoscopique, tout d'abord rendu difficile par ce fait qu'il augmentait la gêne respiratoire, finit par donner les renseignements suivants : L'image laryngée offre cette particularité, qu'à chaque inspiration, les cordes vocales se rapprochent, tandis qu'à chaque expiration elles s'écartent. A part une légère rougeur des fausses cordes, la coloration de la muqueuse laryngée est normale. Ces mêmes fausses cordes sont fortement gonflées (surtout la droite) au point de se toucher sur toute leur moitié antérieure pendant la phonation.

L'épiglotte est dans une position normale, ni démesurément relevée ni anormalement abaissée. Il serait exagéré de dire que, pendant l'inspiration, les cordes vocales se touchent sur toute leur longueur ; en réalité la portion inter-cartilagineuse reste béante sous forme d'un espace triangulaire à base postérieure, ainsi que cela s'observe dans la paralysie du muscle aryténoïdien transverse. Plus la malade inspire profondément, plus étroit est le contact des lèvres ligamenteuses de la glotte ; on voit même parfois la corde droite déborder la gauche en passant au-dessus d'elle. Lors de l'expiration, la glotte s'ouvre de telle sorte que les cordes vocales atteignent ou dépassent même assez souvent la position cadavérique. On voit même parfois la glotte présenter le maximum de son élargissement possible.

Cela se produit indépendamment de toute participation de la volonté, environ toutes les cinq ou six expirations. Lorsqu'on invite la malade à respirer très largement, on voit aussi les cordes vocales se porter fortement en dehors. On peut alors inspecter nettement la trachée jusqu'à sa bifurcation et constater que sa muqueuse n'est aucunement tuméfiée. On n'observe pas non plus de sténose de ce conduit. La muqueuse inter-aryténoïdienne est quelque peu épaissie.

Pendant la phonation, les cordes vocales s'adossent d'une façon normale, tandis que les lèvres de la glotte cartilagineuse restent écartées par l'interposition des replis de la muqueuse aryténoïdienne. Si l'on fait inspirer la malade, immédiatement à la fin de l'acte phonatoire, on voit pendant un instant les cordes vocales s'écarter de quelques millimètres, pour se rapprocher aussitôt après, ne laissant entre elles qu'une fente linéaire. Si, à la fin de l'inspiration, alors que les cordes sont à ce point rapprochées, on prie la malade d'émettre un son, les cordes commencent par s'écarter quelque peu et ce n'est qu'après coup qu'elles prennent une position phonatoire normale.

La sensibilité de la muqueuse pharyngo-laryngée est conservée. Le murmure vésiculaire est complètement couvert par le cornage laryngien sténosique.

Rien de pathologique au cœur, ni dans les organes abdominaux, rien d'anormal non plus dans le nez, la bouche ni dans la cavité naso-pharyngienne. Pas d'engorgements ganglionnaires au cou ni ailleurs. Pas d'hypertrophie du corps thyroïde.

Il est à noter que, toutes les fois que l'on réussit à distraire l'attention de cette femme de sa maladie, ses inspirations devinrent aussitôt moins laborieuses.

Dans la soirée, la dyspnée prit une telle intensité que la malade ne put trouver le sommeil qu'après que son angoisse respiratoire eut été un peu calmée par une forte injection de morphine. Une fois le sommeil obtenu, la respiration devint tout à fait calme et silencieuse. Le lendemain, l'examen laryngoscopique donna le même résultat. La dyspnée augmentait par le fait de marcher rapidement et de monter les escaliers.

Dans l'après-midi, sans que nous soyons en mesure de fournir une explication du fait, la malade eut de nouveau une attaque suffocante, cette fois si intense que nous voulûmes recourir à la trachéotomie : mais elle se refusa catégoriquement à toute opération. Nous nous décidâmes en conséquence à recourir à l'intubation d'O'Dwyer et nous introdui-

sîmes dans le larynx un tube d'un assez gros calibre. Cela ne se passa pas tout d'abord sans difficultés, car, plus la malade cherchait à satisfaire sa soif d'air, plus les cordes se rapprochaient étroitement. Après bien des tentatives infructueuses, je réussis enfin, en exerçant une assez forte pression, à vaincre l'occlusion glottique. La dyspnée fut aussitôt calmée, mais le tube ayant été enlevé le lendemain, elle reparut avec son caractère inspiratoire.

En vue d'une guérison radicale on eut recours aux ressources thérapeutiques les plus variées. Tout d'abord la malade fut faradisée pendant plusieurs semaines, les deux électrodes étant appliqués de chaque côté du cartilage thyroïde ; puis on eut recours aux courants constants ; mais tout cela fut sans effet. Il en fut de même des antispasmodiques, des toniques et de l'iodure de potassium. Sur ces entrefaites, à la date du 20 octobre 1891, la malade n'ayant plus été soumise depuis une quinzaine de jours à aucune médication, la respiration redevint subitement libre et tranquille, et toute trace de cornage disparut. L'image laryngoscopique redevint également normale, la glotte s'élargissant pendant l'inspiration pour se resserrer au moment de l'expiration. La malade put donc être congédiée de l'hôpital ; mais elle ne devait pas se réjouir longtemps de ce changement.

Quatre semaines s'étaient à peines écoulées que la dyspnée reparaissait avec le cornage inspiratoire, en sorte qu'il ne lui était possible de se livrer qu'à des travaux extrêmement peu fatigants.

Dans le cours de ces deux dernières années, la malade vint me consulter environ tous les deux mois. Chaque fois je pus constater l'action inverse des cordes vocales. Les phénomènes dyspnéiques qui pendant l'été avaient présenté une accalmie relative reprirent pendant l'hiver une nouvelle intensité, au point que la malade dut pendant plusieurs mois cesser tout travail. D'après le dire de son entourage la dyspnée et le cornage disparaissaient pendant le sommeil. Il y a un mois, la gêne respiratoire prit de nouveau une telle intensité que le médecin mandé près d'elle l'engagea à se rendre à l'hôpital pour y subir la trachéotomie. Elle n'en fit rien.

La malade a maigri à vue d'œil pendant ces derniers temps et s'est beaucoup affaiblie.

L'examen pratiqué il y a quelques jours a donné les résultats suivants : Dans la respiration tout à fait calme, les cordes vocales occupent à peu de chose près la position cadavérique. Au moment de l'inspiration, elles se rapprochent, les apophyses vocales faisant une forte saillie vers la

ligne médiane. Si l'inspiration est tout à fait profonde, les cordes vocales ferment complètement la glotte dans leur portion antérieure, la droite déborde même parfois la gauche, en passant au-dessus d'elle. Je n'ai pas constaté que pendant aucune inspiration la face interne des cordes vocales fût attirée en bas, ainsi que la chose s'observe hors de la paralysie des postici. En revanche, les signes de paralysie du muscle transverse persistent.

Pendant l'expiration l'image laryngoscopique est variable, les cordes vocales s'écartant soit jusqu'à la position cadavérique, soit au delà de cette dernière, soit jusqu'aux limites extrêmes de l'abduction. Parfois on observe que l'abduction, au lieu de se produire d'une façon continue, s'opère d'une façon saccadée, par une série de secousses.

Les badigeonnages intra-laryngés à la cocaïne employés avec succès contre l'aphonie spasmodique se sont montrés ici complètement inefficaces.

Nous pouvons en dire autant des exercices phonatoires méthodiques qui ont donné de bons résultats à Hack (1) dans un cas typique d'occlusion glottique intermittente inspiratoire.

Lorsque je vis, pour la première fois, la malade en proie à un de ses accès dyspnéiques, je dus me rendre à l'évidence du fait, que le larynx seul était l'obstacle à la respiration. Dans ce sens plaidaient déjà les mouvements énergiques d'élévation et d'abaissement exécutés par cet organe. D'autre part, le fait que le cornage ne se produisait que pendant l'inspiration, rapproché de l'intégrité de la voix, me porta à admettre une paralysie des deux abducteurs glottiques; et, en fait, l'examen laryngoscopique montrait que les cordes vocales, au lieu de s'écarter à chaque inspiration, présentaient un mouvement antiphysiologique de rapprochement l'une vers l'autre; mais on pouvait se rendre compte par une inspection plus attentive, qu'au moment de l'expiration, ces mêmes cordes dépassant en dehors les limites de la position cadavérique atteignaient le degré le plus extrême de l'abduction, tel qu'on l'observe normalement dans l'inspiration forcée. En outre, tandis que sur les sujets atteints de paralysie des dilatateurs, le cornage, loin de disparaître pendant le sommeil, présente alors son maximum d'intensité, chez notre malade, le trouble fonctionnel des cordes vocales cessait de se produire sous l'influence du repos de la nuit.

Que le rétrécissement glottique inspiratoire fût la conséquence de la pression atmosphérique extérieure triomphant de la raréfaction de l'air

(1) *Wien. med. Wochenschr.*, 1882, n° 2.

dans la trachée, était chose absolument impossible à admettre, car, entre autres objections, si cette explication était exacte, comment le phénomène aurait-il pu se produire autrement que d'une façon continue, sans rémissions ? Non, il était aisé de voir que nous avions affaire à des mouvements actifs d'écartement et de rapprochement et non à une simple aspiration des cordes vocales. Dans ces conditions, il ne reste d'autre hypothèse admissible que celle d'un fonctionnement perverti des cordes vocales caractérisé par la contraction des constricteurs de la glotte, avec relâchement des dilatateurs, au moment de l'inspiration, et par la contraction des abducteurs, pendant l'expiration. Il existe en outre un état parétique du muscle transverse.

La pathogénie de cette singulière névrose du larynx est extraordinairement obscure, d'autant plus que le nombre des faits de cet ordre bien observés et publiés jusqu'ici est des plus restreints.

« Nous devons, dit Gottstein, nous abstenir de nous prononcer sur la question de savoir s'il s'agit là d'une ataxie centrale, en d'autres termes, d'un trouble affectant le centre qui régit la coordination des divers muscles du larynx, ou d'une ataxie dite sensorielle, c'est-à-dire d'un trouble des voies centripètes coordinatrices. »

D'après Schrötter le phénomène en question ne saurait rentrer dans le cadre de l'ataxie à proprement parler, maladie dans laquelle nous voyons les membres n'atteindre un point déterminé que grâce à la prédominance d'un mouvement sur un grand nombre d'autres. On ne peut non plus lui appliquer une acception plus étendue du terme ataxie, consistant à ranger sous ce titre tous les faits dans lesquels un acte déterminé est contrarié par l'action des muscles antagonistes ; effectivement, chez notre malade, ce n'est pas que le mouvement soit mal exécuté : il ne l'est pas du tout, et à sa place se produit le mouvement opposé.

D'après Rosenbach, le fonctionnement des cordes vocales, pendant la respiration et la phonation, implique un mécanisme d'une délicatesse extrême. Suivant toute vraisemblance, dans les conditions normales, les constricteurs et

les dilatateurs de la glotte étant simultanément et continuellement soumis à l'influx nerveux, les dilatateurs posséderaient une plus grande force à laquelle ils devraient leur prédominance fonctionnelle, prédominance analogue à celle que présente dans d'autres régions le groupe des extenseurs, même à l'état de repos. Plus fort serait l'influx nerveux inspiratoire, plus grand serait l'écartement glottique, et le rétrécissement expiratoire si peu prononcé dans la respiration normale devrait être rapporté à une détente de l'innervation abductrice, en d'autres termes à un phénomène purement passif.

Supposons maintenant une paralysie de ces muscles dilatateurs, les antagonistes, c'est-à-dire les adducteurs, étant les seuls à recevoir l'influx nerveux, il en résultera la production des mouvements glottiques pervertis dont nous avons parlé. Il s'agit donc là d'un phénomène d'innervation rythmique pervertie, par suite de l'action exclusive de cette innervation sur le groupe musculaire respecté. Si toutefois le phénomène en question peut s'expliquer par la paralysie concomitante des abducteurs, il n'en est pas de même quand il se produit chez des sujets d'ailleurs parfaitement indemnes au point de vue nerveux.

La même interprétation se heurte à d'autres difficultés si l'on songe aux idées émises par Semon et Horsley relativement à l'existence de centres nerveux distincts pour l'abduction et l'adduction. Ces auteurs ont notamment établi que l'adduction glottique est essentiellement un mouvement d'origine corticale, tandis que l'abduction est un phénomène éminemment bulbaire. Il faut donc bien se représenter que l'impulsion volontaire passe de l'un de ces centres sur l'autre.

D'après Semon (1) ces faits d'action inverse des cordes vocales ne sauraient mieux s'expliquer que par une combinaison de phénomènes parétiques et spasmodiques se pro-

(1) Morel Mackensie. *Maladies du cou et du nez.* Trad. all. par Semon, p. 659.

duisant sous une forme chronique. Cette opinion semble trouver sa confirmation dans un fait observé par le même auteur, où, consécutivement à l'application énergigue d'une douche froide chez une jeune fille de 16 ans, on vit une dyspnée inspiratoire intense cesser brusquement pour faire place à une paralysie banale des adducteurs, telle qu'on en observe si fréquemment chez les hystériques.

Schrötter (1), de son côté, a pu suivre pendant des années des malades atteints de respiration inverse sans assister au développement ultérieur d'autres troubles nerveux ; aussi n'admet-il pas qu'il s'agisse là d'un début de paralysie des abducteurs. D'après le même auteur, une simple faiblesse de ces muscles serait d'une explication difficile. Suivant toute vraisemblance, il s'agirait d'après lui d'une excitation d'origine corticale. On ne peut rien avancer de plus certain sur la nature de la maladie en question. Dans tous les cas on ne saurait l'envisager comme une affection purement locale, mais bien comme l'expression d'un trouble de l'innervation centrale, comme un désordre de l'appareil de coordination.

On connaît les intéressantes recherches de Grossmann sur le centre respiratoire et ses rapports avec l'innervation laryngée (*Wien. Klin. Wochenschr.*, 1889, n° 49, et 1890, n$^{os}$ 1 et 5). En opérant sur des animaux narcotisés ou non, il constata sans exception que, lorsque la respiration artificielle était réalisée par l'insufflation directe d'air au moyen d'un soufflet, la succession des mouvements des cordes vocales était intervertie de telle sorte que les cordes se rapprochaient au moment de l'insufflation pour ne s'écarter que pendant la phase respiratoire. Cette action inverse cessait au contraire de se produire pendant la respiration artificielle quand il sectionnait des deux côtés chez l'animal (le lapin) la portion supérieure des faisceaux nerveux qui, de même que chez l'homme, partent en divergeant de la moelle allon-

(1) *Mal. du larynx*, 1892.

gée et entrant dans la constitution du territoire originaire des nerfs glosso-pharyngien, vague et spinal, se laissent nettement diviser en trois groupes : un supérieur, un moyen et un inférieur.

Pour ce qui est de l'étiologie de la maladie, je crois que nous devons admettre dans le cas de notre malade un fond d'hystérie. En effet, si les signes habituels de cette névrose ont fait défaut ici, si d'autre part toutes les ressources thérapeutiques anti-hystériques sont restées sans effets sur la marche de l'affection, le simple fait que l'action perverse des cordes vocales cessait brusquement sans aucune intervention de notre part, fût-ce d'une façon purement momentanée, plaide hautement en faveur de l'hypothèse de l'hystérie.

Il ne pourrait être question ici de simulation. Nous en pouvons dire autant du tabes. Les examens multiples pratiqués en vue de découvrir quelque symptôme de sclérose médullaire ont constamment été négatifs. Le réflexe rotulien s'est même montré exagéré.

Remarquons enfin que si B. Fränkel a cru devoir exclure l'hystérie de la pathogénie du fait observé par lui, Semon en revanche a invoqué l'influence de cette névrose dans ses deux observations.

---

## UN POINT DE PHYSIOLOGIE DE L'ÉTRIER

Par **M. Gellé.**

Que les vibrations sonores pénètrent dans l'oreille par la voie aérienne ou par la voie osseuse (vibrations solidiennes), c'est la platine de l'étrier qui leur donne accès dans le labyrinthe.

Cette mince lamelle mobile reçoit de la chaîne des osselets les ondes qu'elle transmet au liquide intra-labyrinthique qui baigne sa face interne.

La mobilité de la base de cet osselet dans le cadre de la fenêtre ovale, due à son ligament circulaire, et qui ne permet pas un déplacement de plus de 1/10e de millimètre cependant assure sa parfaite conduction ; mais dès qu'il y a un obstacle au mouvement, la transmission des vibrations s'arrête.

La démonstration en est facile : l'expérience dite des pressions centripètes rend manifeste cette possibilité de diminuer ou d'arrêter le courant sonore en agissant sur l'étrier. Le dispositif de l'expérience est celui-ci, classique maintenant.

Au moyen de la poire à air, adaptée au méat auditif, on comprime, d'un coup léger et sec, l'air du conduit ; la pression se propage du tympan, par la chaîne des osselets à la base de l'étrier qui se porte en dedans, vers le labyrinthe : le phénomène a été démontré par Politzer sur le cadavre. Le patient sur lequel on opère annonce, à chaque pression de la poire à air, que le son du diapason vibrant sur le crâne est atténué brusquement ; puis renaît dès que la pression cesse.

Ainsi la pression meut l'étrier, le pousse en dedans ; or la limite de son déplacement est vite atteinte, et la pression le fixe et l'immobilise. En même temps le fait d'une diminution brusque du son s'observe à chaque poussée d'air. Les deux phénomènes sont simultanés ; et il est logique de conclure que l'immobilisation de l'étrier et l'affaiblissement immédiat et passager, reconnaissent la même cause, la pression artificiellement exercée, qui se transmet à la base de l'étrier. On peut donc comprendre comment cette fixation de l'osselet, si elle est rendue durable par une lésion pathologique, cause la dureté de l'ouïe.

Mais le fait acquis, son explication offre quelque intérêt à être connue.

Comment expliquer cet affaiblissement de son solidien par la propulsion de la base de l'étrier ?

Que le mouvement de cet osselet résulte de l'action musculaire, comme cela a lieu dans l'accommodation auriculaire,

ou bien qu'il soit passif et expérimental (ce qui, par parenthèse, dénonce la nature mécanique et physique de l'arrêt de conduction) comme dans l'épreuve des pressions centripètes, c'est dans la pression elle-même qu'il faut chercher l'explication de l'abaissement de la conductibilité coïncidant avec l'immobilisation de la platine. La platine de l'étrier, cette mince lamelle, mobile dans le cadre de la fenêtre ovale, transmet ses vibrations et ses mouvements à la périlymphe qui la touche, comme le ferait une membrane. On sait avec quelle facilité on peut étendre les vibrations des membranes tendues : or le labyrinthe ne vibre que sous l'influence des ondes propagées par l'étrier. La largeur de la base de celui-ci, comparativement à l'étendue de la fenêtre ovale et à l'étroitesse de la bande membraneuse flexible qui unit l'un à l'autre, indique la puissance et l'énergie de la pression exercée, et explique l'effet instantané, l'arrêt brusque de la transmission, la charge s'étendant du même coup à toute la membrane conductrice.

L'expérience suivante de mes cours à l'école pratique met le fait en évidence :

Une vessie de porc remplie d'eau est posée dans un plateau, on l'enveloppe d'une couche de plâtre fin, qui se solidifie; on a laissé un orifice pour adapter l'otoscope; et un cercle plus grand sur le haut dans lequel est reçu un disque de plâtre, laissant à nu un demi-centimètre de la membrane tout autour de lui; ce disque est donc mobile.

La montre posée à son contact est perçue au moyen de l'otoscope; mais dès que l'on charge le disque de poids suffisants, on s'aperçoit que le tic-tac s'affaiblit et disparaît : la pression immobilise le disque, charge la membrane, et affaiblit ou éteint la conduction. On reconnaît à ce dispositif simple l'image de l'étrier et du labyrinthe amplifié.

C'est donc toujours la loi de conductibilité de membranes tendues qui règle celle de l'appareil auriculaire, instrument acoustique par excellence.

La charge imposée à l'étrier coupe le courant sonore. La pathologie réalise trop souvent ces conditions de fixation de

cet osselet, obstacle à la propagation des ondes au labyrynthe, et cause de surdité.

Cela établi, on conçoit de reste que le sens dans lequel s'opère le déplacement de l'étrier et de sa base dans le cadre de la fenêtre ovale; d'autre part, le point juste de la portion flexible de la fenêtre qui se déprime ou se relève, importent bien moins que l'étendue du mouvement en dedans et la conservation de cette mobilité.

Cependant les auteurs ont discuté ce point de physiologie; les uns ont admis un mouvement de la base de l'étrier en volet, c'est à-dire une extrémité de l'ovale se portant en dedans, l'autre restant fixe; d'autres ont cru à un mouvement de bascule sur le petit diamètre vertical de cette platine ovalaire. Pour ma part, sur le cadavre, et sur les animaux, je n'ai jamis vu ces sortes de déplacement à l'état sain; et j'ai au contraire été conduit à admettre un simple glissement de l'os dans son cadre, de dehors en dedans sous l'action de pression, et dans les limites qu'Helmholtz a fait connaître. Pour rendre le fait manifeste, j'ai construit un ensemble de leviers articulés représentant les proportions et les attaches fixes des osselets articulés de l'oreille.

En voici un spécimen; une bande de carton est fixée par son bout supérieur sur une planchette; elle figure l'enclume et son extrémité inférieure s'articule avec une bande de carton horizontale, glissant dans une rainure qui représente l'étrier. Le marteau et le tympan sont figurés par une pièce faisant corps en haut avec la première (enclume); or, tout mouvement imprimé au manche du marteau se transmet à l'étrier qui glisse horizontalement dans la rainure : c'est-à-dire que ces leviers articulés transmettent un mouvement rectiligne en dedans.

La charge est donc directe; l'immobilisation est instantanée; et l'affaiblissement du courant sonore immédiat.

J'ai appliqué à la sémiotique auriculaire ces notions de physiologie; ce n'est point le lieu de l'exposer ici. Je ne voulais que toucher ce petit point de physiologie de l'organe de l'ouïe.

# CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES SUPPURATIONS NASALES

## (PÉRIOSTITE PURULENTE DES CORNETS CONSÉCUTIVE A LA CARIE DENTAIRE)

Par le Dr **R. Dreyfuss** (de Strasbourg).

(Traduction du Dr Luc.)

L'étude clinique des suppurations nasales constitue, je crois, à l'heure présente, le point le plus intéressant de notre spécialité. Ce chapitre vient de recevoir un important appoint du livre de Grünwald dont je me suis permis de signaler l'apparition, l'an dernier, aux lecteurs de ces *Archives* (1).

Si ce livre reflète principalement l'expérience personnelle de l'auteur, il faut reconnaître qu'il y a entremêlé les faits empruntés à la littérature et à l'observation d'autrui avec ceux tirés de sa propre pratique.

On s'étonne de constater dans cet ouvrage une complète omission des suppurations aiguës du squelette nasal, indépendantes de l'empyème des cavités accessoires. Nous devons toutefois excepter les suppurations de la cloison qui n'ont pas été négligées par l'auteur.

Les autres variétés de suppurations nasales aiguës peuvent, du fait même de leur rareté, créer de sérieuses difficultés de diagnostic.

Dans le n° 5 de ces *Archives* de cette année même, Mendel a décrit un type clinique, du genre en question (2). J'ai observé moi-même, il y a 2 ans, un fait à peu près identique ; seulement le diagnostic en était singulièrement facilité par ce fait que l'abcès siégeait à la partie tout à fait antérieure

(1) Année 1892, p. 365.

(2) Abcès du méat inférieur d'origine dentaire. Incision, curettage, guérison.

du plancher du méat inférieur. En outre, dans mon cas, l'abcès n'était pas sous la dépendance d'une lésion dentaire.

Je désire en revanche relater ici avec quelques détails un autre fait qui présenta de notables difficultés de diagnostic.

Mme M..., 28 ans, présenta, il y a 15 jours (peu de temps avant d'accoucher), un gonflement de la joue gauche. Ce gonflement ne s'était accompagné ni de douleurs ni de fièvre. Il siégeait assez en arrière de la joue et s'étendait vers le nez, ce qui avait déterminé la malade à venir me consulter. La première fois que je l'examinai (1er décembre 1864) j'observai un gonflement du côté gauche du nez et d'une partie de la joue. La respiration était absolument supprimée dans la fosse nasale gauche. La narine de ce côté était complètement remplie par une tumeur rouge s'opposant à toute exploration rhinoscopique des parties plus profondément situées. Je pus seulement m'assurer, au moyen de la sonde, que la tumeur était constituée par le cornet inférieur fortement tuméfié.

La syphilis pouvait être nettement exclue ici ; il n'y avait pas trace de suppuration ; enfin la moitié gauche de la mâchoire supérieure présentait de nombreux chicots non douloureux.

La malade n'accusant pas d'autres symptômes, je crus, en raison aussi de sa toute récente délivrance, ne devoir instituer aucune médication énergique.

Dans le cours de la semaine suivante, la malade eut pour la première fois la sensation d'un écoulement fétide en arrière des fosses nasales.

Le 8 décembre je me décidai à pratiquer une ponction exploratrice au moyen d'une seringue de Pravaz dont j'enfonçai l'aiguille d'avant en arrière et de bas en haut jusqu'à l'os, à partir de l'extrémité antérieure du cornet inférieur. Je retirai, après aspiration, la seringue pleine d'un pus dont la fétidité rappelait celle de la carie dentaire. Une seconde ponction pratiquée au même point ne donna issue qu'à du sang. La rhinoscopie postérieure montra un fort gonflement du cornet inférieur mais ne révéla pas de dépôt purulent.

L'incision du cornet inférieur était évidemment indiquée ici, mais je crus devoir m'en abstenir et me borner à de simples lavages boriqués, dans la crainte de provoquer une forte hémorrhagie en sectionnant le tissu caverneux du cornet, danger qu'il était prudent d'éviter chez une femme très affaiblie et anémiée par son récent accouchement.

La fétidité du pus m'ayant fait songer à la possibilité d'un empyème du sinus maxillaire, je fis extraire le chicot représentant la seconde petite

molaire et par son alvéole je pratiquai l'ouverture de ce sinus, après quoi j'y fis un lavage qui ne ramena pas trace de pus. Le seul diagnostic désormais admissible était : périostite suppurée du cornet inférieur gauche consécutif à une carie dentaire, avec fistule à travers la muqueuse.

En faveur de ce diagnostic plaidait en outre une augmentation du gonflement au niveau de l'angle interne de l'œil, gonflement accompagné d'une rougeur érysipélateuse de la peau avec production d'une bulle séreuse en un point. J'ouvris cette bulle, le jour même où je pratiquai l'ouverture de l'antre et j'introduisis à ce niveau une sonde, sans parvenir à rencontrer de surface osseuse dénudée.

La malade s'étant opposée à toute nouvelle manœuvre opératoire, je lui fis simplement continuer ses lavages boriqués. Le gonflement du cornet persista les jours suivants, ne cédant même pas à l'application de la cocaïne ; la suppuration se prolongea également, mais en faible quantité. Je ne pus d'autre part réussir à découvrir un point osseux carié. Il est vrai que le gonflement de la muqueuse m'obligeait à manœuvrer la sonde à l'aveugle.

Dans le courant du mois de janvier se formèrent sur la surface du cornet inférieur, au voisinage de l'hyatus semi-lunaire, un grand nombre de fongosités ayant les dimensions de pois, dont je pratiquai l'extraction au moyen de l'anse galvano-caustique. Ces granulations enlevées, je parvins enfin sur l'os, mais ne le trouvai pas d'ailleurs altéré. De nouvelles séances de cautérisation soit avec le galvano-cautère, soit avec l'acide trichloracétique, réduisirent considérablement les dimensions du cornet inférieur, et l'écoulement purulent qui d'ailleurs ne se produisait qu'en arrière diminua de plus en plus pour se tarir complètement à la fin de mars.

Aux mois de juin et d'octobre de cette année, je pus me convaincre de la complète guérison de ma malade.

---

## NOTE SUR UNE VARIÉTÉ RARE DE MYXOME NASAL

Par le Dr **Luc.**

M. D..., âgé de 28 ans, habitant la province, vient nous demander conseil le 19 novembre 1892, au sujet d'une tumeur oblitérant complètement la fosse nasale gauche et dont le début remonte à plus de deux ans.

Le médecin habituel du malade, croyant d'abord à un simple polype, a essayé à plusieurs reprises d'en opérer l'extraction avec un serre-nœud, mais chaque tentative s'est accompagnée invariablement d'une hémorrhagie si profuse que, soupçonnant une tumeur maligne, il a engagé le jeune homme à faire le voyage de Paris pour venir nous consulter.

M. D... est de haute taille et d'apparence robuste. La pâleur de son teint s'explique suffisamment par les récentes hémorrhagies qu'il vient d'éprouver.

L'inspection de son visage révèle un léger soulèvement de la paroi gauche du nez et de la région malaire correspondante, indiquant un commencement de déformation de la charpente osseuse.

La fosse nasale de ce côté est complètement obstruée par un néoplasme visible, même sans l'aide du spéculum, présentant bien l'aspect gélatineux du myxome, mais s'en distinguant par une coloration bleu foncé et par cette particularité, qu'au lieu de former une ou plusieurs masses arrondies et pédiculées, il est constitué par une masse diffuse peu mobile.

D'autre part, la simple exploration de la tumeur avec un stylet manié avec la plus grande douceur possible, donne lieu à un écoulement de sang si abondant, que nous sommes amené à partager les appréhensions de notre confrère de province.

Ces appréhensions, nous ne les dissimulons pas au père du jeune homme et nous lui laissons entrevoir la nécessité possible d'une intervention chirurgicale, avec opération préliminaire, dans le cas où une ou deux tentatives de notre part, par les voies naturelles, se seraient montrées inefficaces.

Prévoyant que ces tentatives seront laborieuses et s'accompagneront d'écoulements de sang copieux, nous renonçons à toute opération pratiquée chez nous et nous décidons le malade à entrer à la maison des frères hospitaliers de St-Jean-de-Dieu, où nous prenons rendez-vous avec lui pour le lendemain matin.

A la lumière d'une lampe ordinaire réfléchie par le miroir frontal, nous procédons donc dès le lendemain à une première séance opératoire à l'aide d'un serre-nœud armé d'un fil d'acier, l'expérience nous ayant appris que cette anse rigide se laisse bien mieux insinuer que l'anse de platine galvano-caustique et qu'elle n'expose pas plus à l'hémorrhagie, quand elle est serrée avec une grande lenteur. Nous ne pouvons d'ailleurs parvenir à isoler de lobe pédiculé distinct, et ce n'est qu'en exerçant un effort de pression que nous réussissons à engager une première portion de la tumeur dans notre anse. Malgré notre soin de serrer celle-

ci lentement, les premiers effets de la section qu'elle opère, s'accompagnent d'un si copieux écoulement sanguin que nous préférons terminer rapidement la constriction, et tamponner sans retard la narine avec une bande de gaze iodoformée préparée à cet effet, et grâce à laquelle l'hémorrhagie est assez facilement arrêtée.

Au bout d'un quart d'heure, nous enlevons prudemment le tampon et nous avons la satisfaction de constater que l'écoulement sanguin a cessé. Cela nous donne l'espoir de pouvoir, pièce par pièce, enlever graduellement la totalité du néoplasme, à la condition de faire suivre chaque extraction d'un tamponnement rapide.

Nous réussissons effectivement dans cette première séance à extirper trois fragments ayant environ chacun les dimensions d'une noix, et après un tamponnement solide de la cavité nasale, nous remettons la continuation de notre intervention au lendemain.

Nous n'étions cependant pas sans appréhension relativement au résultat final de nos tentatives, étant donnée notre complète ignorance des limites et du plus ou moins d'adhérence du néoplasme aux parties voisines. N'arriverait-il pas un moment où, faute de pouvoir être insinuée entre la tumeur et les parois nasales, l'anse cesserait d'entamer la première ?

C'est en effet ce qui se produisit, dès le lendemain, lors de la reprise de nos tentatives. Nous apercevions à trois centimètres environ de la narine une masse compacte, immobile, dont nous ne pouvions plus réussir à engager aucune partie dans l'anse, et ce qui aggravait singulièrement la situation, c'est que chacune de nos tentatives donnait lieu à une reprise de l'hémorrhagie, nous forçant à tamponner la cavité nasale sans perdre un instant.

Avant toutefois d'abandonner la partie, nous résolûmes de procéder d'une autre façon. Une curette montée sur un manche coudé peut être poussée entre le plancher et les limites inférieures de la tumeur et, en la ramenant fortement en avant, nous réussîmes à produire un déplacement total du néoplasme. Nous pûmes alors saisir solidement ce dernier à l'aide d'une double curette de Krause, montée également sur un manche coudé et exerçant un mouvement de traction combiné avec un mouvement de torsion, nous eûmes la satisfaction d'amener au dehors une masse ne mesurant pas moins que les dimensions d'une grosse prune, mais d'une forme absolument irrégulière et défiant toute comparaison.

Malgré notre empressement à tamponner la fosse nasale, l'hémorrhagie qui accompagna cette dernière manœuvre fut si profuse que le jeune homme tomba dans un état demi-syncopal et dut être en toute hâte placé la tête en bas.

Le jour suivant, nous trouvâmes notre opéré en grande partie remis de l'état de faiblesse où nous l'avions laissé. L'exploration de la fosse nasale nous montra celle-ci complètement libre et, comme il ne restait aucun vestige du néoplasme, nous ne pûmes que soupçonner, étant donnée l'extrême béance du méat moyen, que c'était à ce niveau qu'il avait eu son insertion.

Suivant cette supposition nous jugeâmes prudent, avant de congédier le malade, de pratiquer une cautérisation énergique de la région en question au moyen d'un couteau de galvano-cautère incliné sur le côté afin qu'il pût bien pénétrer dans toute la profondeur du méat. Cette opération complémentaire avait été rendue très supportable grâce à l'application préalable dans cette région d'un tampon d'ouate imprégné d'une solution de cocaïne à 1 pour 5.

M. D... nous quitta le lendemain avec la promesse de revenir se soumettre à notre examen, deux ou trois mois plus tard.

Cependant la tumeur extraite avait été envoyée à M. le Dr Gombault qui ne tarda pas à nous envoyer le résultat de son examen histologique en y joignant des dessins explicatifs que nous sommes heureux de pouvoir reproduire ici.

*Examen histologique.* — Le dessin 1 représente une coupe d'ensemble. Le revêtement épithélial, figuréà la surface par une ligne épaisse et plus noire, est assez difficile à voir et très modifié. Il est représenté par des cellules petites et presque rondes, disposées sur plusieurs rangs.

Au-dessous, dans toute la partie A, une couche très épaisse formée par des cellules rondes, très serrées les unes contre les autres, englobées dans un réseau de fibrine. Il s'agit là d'une sorte de fausse membrane en partie nécrosée, sous-épithéliale, et ne recouvrant qu'une partie de la tumeur.

Cette dernière est à proprement parler forméepar les portions B C D E. Comme elles ne présentent pas exactement la même structure, elles doivent être décrites séparément.

La partie B renferme un grand nombre de cavités de forme et de dimensions variées. Ce sont des orifices vasculaires.

Quelques-uns sont vides ; le plus grand nombre est rempli par un caillot leucocytique non figuré ici. D'autres enfin sont occupés par une production organisée, véritable bourgeon parti de la paroi et creusé de lacunes souvent remplies de sang ou de leucocytes.

Le dessin n° 2 représente un de ces vaisseaux à un grossissement moyen.

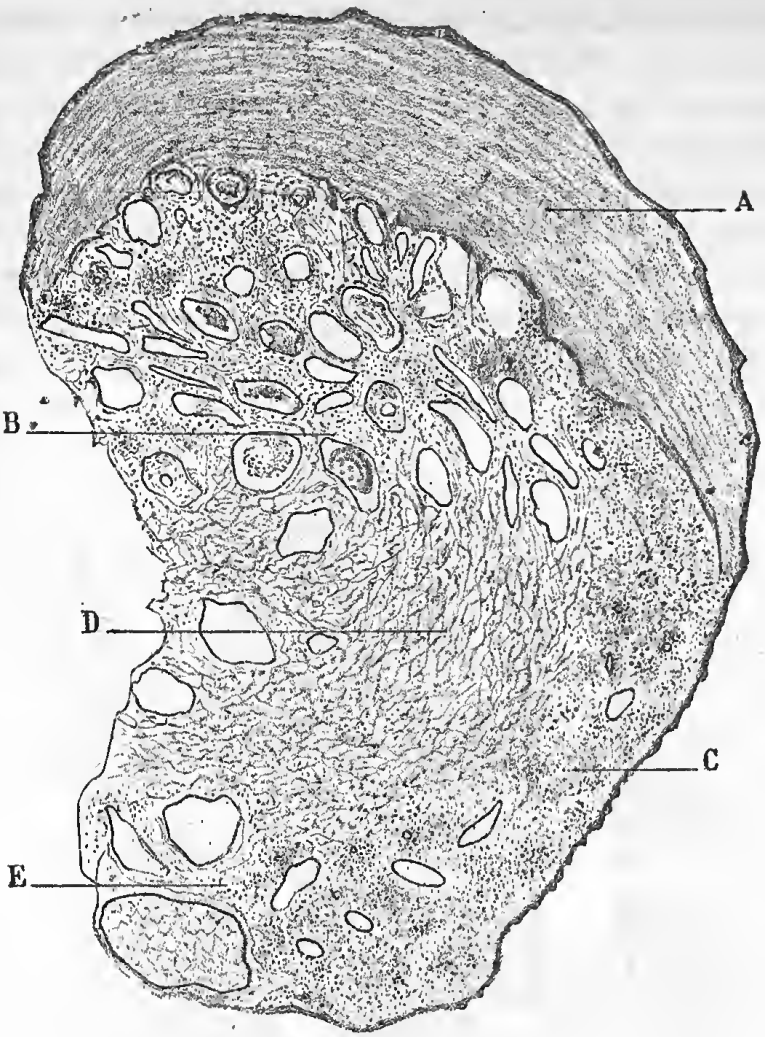



FIG. 1.

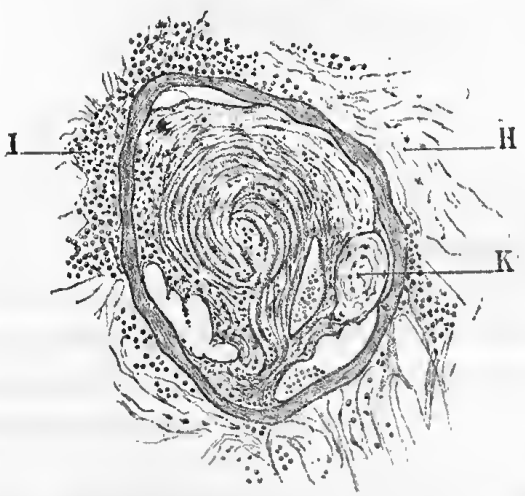



FIG. 2.

On peut voir que la paroi du vaisseau est conservée et d'aspect à peu près normal. En dehors de cette paroi, on trouve en H du tissu muqueux à peu près pur, en I des nappes de cellules rondes infiltrées dans un tissu fibrillaire dont elles masquent les détails. En dedans de la paroi, on trouve le bourgeon et ses lacunes remplies de sang et de leucocytes. Ce bourgeon est formé par un enroulement de fibrilles et de cellules fusiformes mélangées à une quantité plus ou moins grande de cellules rondes.

Il en résulte la formation de tourbillons limitant souvent un petit orifice vasculaire, comme en S de la figure 3. Ces bourgeons sont donc bien sar-

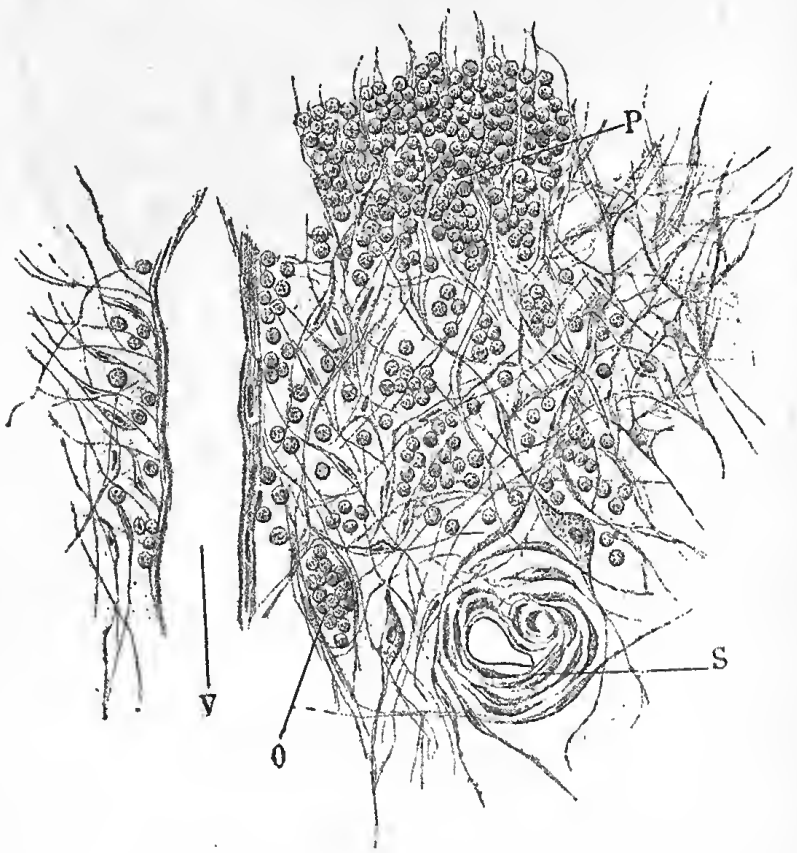



FIG. 3.

comateux, mais susceptibles d'une organisation plus élevée, car en K du dessin 2 est figuré un nodule véritablement fibreux.

Dans toute cette portion B de la fig. 1, la paroi des vaisseaux de calibre est bien distincte et adulte comme structure ; sur quelques-uns cependant, cette paroi est infiltrée de cellules rondes. Quant au tissu intermédiaire aux vaisseaux, il est fait à peu près sur le même type que dans la partie C.

Dans le dessin 3, se trouvent réunis les principaux détails de structure relatifs à la constitution de cette partie C. ; le dessin est donc quelque peu schématique sans cesser pourtant d'être exact.

En V est un vaisseau à paroi normale et, à sa gauche, du tissu myxomateux à peu près pur. A droite est figuré le même tissu avec des cellules rondes peu nombreuses. Un peu plus loin, les cellules fusiformes deviennent plus nombreuses et parmi elles il en existe de très volumineuses. Ces cellules s'enroulent de façon à former la paroi de vaisseaux de petit calibre (S). En même temps, des fibrilles très nombreuses se mélangent aux cellules fusiformes et constituent de véritables faisceaux circonscrivant des mailles de calibre variable.

La partie E du dessin 1 ne diffère de la précédente que par la présence d'hémorrhagies interstitielles abondantes. Les quelques vaisseaux qu'elle renferme sont très dilatés et remplis de globules rouges.

Quant à la partie D, elle figure une sorte de réseau à mailles plus ou moins larges, constitué par des faisceaux de fibrilles très raides s'entrecroisant et circonscrivant des espaces remplis par de la fibrine fibrillaire. Ce tissu, dépourvu de cellules rondes, se continue sans interruption avec les parties voisines. On voit alors réapparaître progressivement dans les travées les noyaux des cellules fusiformes, et dans les mailles, une infiltration leucocytique plus ou moins abondante.

C'est donc le même tissu que dans le reste de la tumeur, mais modifié par une infiltration de fibrine dans ses mailles et par la nécrose des éléments cellulaires.

La première conclusion à tirer de cette longue description, c'est que nous avons affaire presque à coup sûr ici à une tumeur enflammée. Nous n'en voulons pour preuve que la présence de l'exsudat fibrineux noté à la surface et dans une grande partie de la profondeur et l'obstruction de la plupart des vaisseaux par des leucocytes.

Ajoutons à ces raisons l'infiltration du tissu par des cellules rondes qui, à en juger par la facilité avec laquelle on les enlève au moyen du pinceau, ne doivent pas être considérées comme faisant corps avec lui.

La tumeur est constituée essentiellement par des cellules conjonctives, fusiformes pour la plupart, et par des fibrilles isolées ou réunies en faisceaux. Il est même évident que, sur bien des points, les fibrilles ne sont autre chose que le prolongement des cellules fusiformes.

Fibrilles et prolongements cellulaires affectent les directions les plus variées et forment un feutrage très compliqué, lâche par places, très serré ailleurs.

Au voisinage des gros vaisseaux, elles s'orientent perpendiculairement ou obliquement à leur direction, et vont s'insérer sur leur paroi qui est bien souvent une paroi normale. En conséquence, la structure du

tissu ne diffère pas essentiellement de celle du tissu muqueux, et, là où les interstises sont comblés par de la substance muqueuse, on a bien réellement affaire à un myxome, d'autant plus que les fibres élastiques n'y font pas complètement défaut. Toutefois, les portions vraiment myxomateuses sont rares. Dans la plus grande partie de la tumeur, la substance muqueuse fait défaut, les fibrilles deviennent extrêmement abondantes, les cellules diffèrent du type ordinaire soit par leur forme (cellules fusiformes et non plus étoilées), soit par leurs dimensions considérables, soit enfin par leur mode d'arrangement, comme lorsqu'elles s'enroulent pour constituer la paroi des vaisseaux de petit calibre.

La tumeur passe donc par la série des modifications qui viennent d'être énumérées de la structure du myxome à celle du sarcome fuso-cellulaire, mais un grand nombre de détails caractéristiques s'opposent à ce qu'on le qualifie sarcome fasciculé.

Il s'agit, en résumé, d'une tumeur conjonctive, myxome enflammé, en pleine transformation sarcomateuse active. Ces constatations histologiques rapprochées de la marche clinique, obligent évidemment à un pronostic très réservé.

Comme on peut bien le penser, la lecture de la note précédente ne nous laissait qu'un espoir bien faible, à l'égard de la possibilité d'une guérison définitive réalisée par notre intervention. Aussi, nous ne crûmes pas devoir dissimuler nos appréhensions au père du malade, et nous lui communiquâmes notre intention de confier à quelque chirurgien de nos amis, le soin d'une intervention plus radicale, après ouverture préliminaire de la cavité nasale, dans le cas d'une récidive nasale.

Quand nous revîmes le jeune homme, le 12 février de cette année, nous constatâmes que la tumeur s'était reproduite ; mais, comme ses dimensions très limitées n'allant pas jusqu'à oblitérer la cavité nasale permettaient une exploration complète de cette dernière, nous pûmes nous rendre compte, cette fois, que le néoplasme était implanté dans la profondeur du méat moyen.

Nous procédâmes comme la première fois et réussîmes sans difficulté à extraire la totalité de la tumeur au moyen de l'anse froide, et à arrêter l'abondante hémorrhagie qui se produisit immédiatement, au moyen d'un tamponnement rapide du méat moyen.

Le lendemain, la région d'implantation de la tumeur fut curettée et touchée avec le galvano-cautère.

Il était du plus haut intérêt de savoir si la tumeur en se reproduisant

avait conservé ses caractères primitifs, ou si elle tendait à évoluer dans le sens de la transformation sarcomateuse. Aussi priâmes-nous M. le Dr Gombault de vouloir bien encore nous donner son opinion sur la structure du dernier néoplasme extirpé. Sa réponse fut la suivante :

« .... La tumeur est formée par un tissu de nature conjonctive, renfermant des vaisseaux à parois absolument distinctes. Par places ce tissu est du tissu muqueux absolument pur. Plus souvent il est modifié, les fibrilles devenant très nombreuses, se groupant en faisceaux lâches et circonscrivant des aréoles remplies de liquide coagulé et de nombreuses cellules rondes; mais ce qui est remarquable, c'est que ces fibrilles sont pour une bonne part des prolongements de cellules fusiformes analogues à celles du myxome, mais beaucoup plus nombreuses et plus volumineuses. En un mot, la tumeur en se reproduisant semble évoluer dans le sens du sarcome, mais, contrairement à ce que j'aurais cru, du sarcome à cellules allongées ou fuso-cellulaires. Cependant elle diffère encore du sarcome par un bon nombre de caractères importants, puisque les vaisseaux ne font pas corps avec le tissu de la tumeur, et puisque les travées que forment les cellules et leurs prolongements circonscrivent des espaces qui ne logent que des cellules libres. *A tout prendre, s'il faut absolument mettre une étiquette sur ce cas difficile, je crois qu'il faut encore l'appeler myxome.* »

Au commencement du mois de mai dernier, le malade vint pour la troisième fois se soumettre à notre examen. Nous constatâmes une nouvelle récidive de sa tumeur, mais beaucoup moins prononcée que la fois précédente, car tout se réduisait à un bourgeon de la grosseur d'une noisette paraissant inséré profondément sur la face supérieure du cornet inférieur. Cette masse fut extraite comme les précédentes, mais elle fut malheureusement égarée et ne put être examinée au microscope.

Le siège d'implantation fut soigneusement curetté le jour suivant.

M. D... est enfin revenu nous voir le 12 septembre de cette année. Son état général était comme d'ordinaire excellent. Nous eûmes en outre cette fois la satisfaction de constater que sa cavité nasale était indemne de toute récidive.

Réflexions. — Malgré les obscurités qui l'enveloppent, cette observation nous a paru intéressante à plusieurs points de vue et digne d'être publiée.

Nous avons eu assurément affaire dans cette circonstance à une variété de tumeur nasale rare et impossible à caractériser par une simple dénomination.

S'il nous est permis de donner ici notre propre impression, en faisant intervenir les données de l'observation clinique à côté des renseignements fort incertains fournis par l'histologie, nous avouerons ne pas croire que nous ayons eu affaire à un néoplasme malin, à un véritable sarcome à proprement parler. Nous avons eu assez souvent l'occasion d'observer des sarcomes typiques des cavités nasales pour saisir les nuances qui séparent ces cas de celui que nous venons de décrire.

Cliniquement la tumeur en question ne nous donna tout d'abord l'impression de la malignité que par suite des deux particularités suivantes : sa facilité à saigner, son immobilité.

Or la première est loin d'être l'apanage exclusif des tumeurs cancéreuses et quant à la seconde, nous pûmes nous rendre compte ultérieurement qu'elle n'avait pas du tout la signification que nous lui prêtions : Elle n'était pas effectivement le résultat d'adhérences multiples et étendues du néoplasme aux parois nasales, mais simplement l'effet de son enclavement dans la fosse nasale où il se trouvait tout à fait à l'étroit.

Dès lors le signe *immobilité* perdait toute sa valeur au point de vue de la malignité.

Nous avions affaire à une tumeur primitivement pédiculée et mobile et secondairement immobilisée par le fait de son grand développement.

En somme, nous croyons qu'il s'est agi ici d'un myxome développé, comme cela s'observe presque toujours, dans la profondeur du méat moyen, mais à une variété rare de ce genre de néoplasmes, se distinguant des myxomes ordinaires par un développement anormal de l'élément vasculaire, d'où l'abondance et la facilité des hémorrhagies à chaque tentative d'extraction, et par une tendance sur certains points au développement des éléments fuso-cellulaires, sans que nulle part (M. Gombault l'exprime nettement) il existât à proprement parler du tissu sarcomateux.

Ce cas nous enseigne peut-être à ne pas nous hâter de

songer à des opérations dites de *grande chirurgie* en vue d'extraire des tumeurs nasales dont la malignité n'est pas absolument démontrée; il nous montre, qu'avant d'en venir là, et sans tomber dans l'excès d'une temporisation fâcheuse, il est indiqué de tenter d'arriver à un résultat radical par la méthode rhinoscopique et que ces tentatives peuvent être avantageusement répétées quand les récidives ne se reproduisent que sous une forme décroissante.

Nous tenons à insister en terminant sur les excellents services que nous a rendus le curettage appliqué à la cure radicale des myxomes nasaux, non seulement dans ce cas où une guérison définitive paraissait particulièrement difficile à obtenir, mais encore dans le traitement des polypes muqueux en général.

Depuis plusieurs mois nous tendons à renoncer de plus en plus dans l'espèce à l'emploi du galvano-cautère dont nous avions cru jusque-là devoir faire suivre toute extirpation de polypes.

Indépendamment des phénomènes réactionnels très pénibles éprouvés les jours suivants par les opérés, indépendamment des inconvénients résultant du gonflement consécutif de la muqueuse qui durant plusieurs semaines s'oppose à l'inspection de la région que l'on voudrait surveiller, nous avions été frappé de l'inefficacité trop fréquemment constatée de cettte méthode. Aussi avons-nous tenté de lui substituer l'emploi de la curette et jusqu'ici le résultat obtenu a paru justifier notre attente.

A cet effet nous avons fait construire par M. Mathieu des curettes fenêtrées montées sur un manche coudé et légèrement courbées à trois centimètres de leur extrémité, à droite ou à gauche, suivant le côté à opérer, de façon que l'instrument puisse atteindre la partie la plus profonde du méat moyen où se dissimule habituellement le tissu myxomateux qui a échappé à l'anse.

Précédée d'un tamponnement de la région en question avec de l'ouate imprégnée d'une solution de cocaïne à 1 pour 5,

cette opération est facilement supportée. Il est bon d'être averti que si les masses myxomateuses ainsi éliminées échappent le plus souvent à la vue, cela tient à ce que la curette en vidant le liquide qui les distendait les réduit à des fragments imperceptibles.

L'hémorrhagie assez abondante qui se produit sur le moment est facilement arrêtée au moyen d'un tamponnement iodoformé de la région du méat moyen qui doit être immédiatement pratiqué sous le contrôle du miroir. Bien limité au au méat le tampon ne gêne pas la respiration et peut être gardé un ou deux jours. Quand on l'enlève, on peut se rendre compte du résultat obtenu et procéder, si besoin est, à une seconde intervention.

---

## COUP DE FEU DANS L'OREILLE DROITE

### OBSERVATION

Par le Dr **Ménière**,
Médecin adjoint des sourds-muets.

Le 19 mars 1892, un jeune homme de vingt ans se tira un coup de revolver dans l'oreille droite, le canon introduit dans la conque. La balle était du calibre de 9 millim.

Presque immédiatement deux personnes vinrent au secours du blessé, qui avait perdu connaissance. Un médecin appelé, arriva vingt minutes après l'accident, et constata un écoulement de sang par l'oreille et par la bouche. La balle fut retrouvée au milieu des matières sanguinolentes vomies sur le lit. Il existait de la paralysie faciale. Le projectile n'était pas entier : il portait, sur un point de sa surface, une large perte de substance.

L'oreille ne fut pas examinée, et le seul traitement consista en injections boriquées chaudes. Les suites furent assez bénignes, malgré la fièvre observée durant les 3 ou 4 premiers jours.

Le 2 avril (13 jours après l'accident), je fus appelé pour donner mon avis. La déviation de la joue, à gauche, est très marquée, et la parole un peu embarrassée du fait de la paralysie faciale.

Le blessé est dans son lit, sans fièvre, et son état ne me paraît pas indiquer un danger immédiat.

L'entrée du conduit qui n'a jamais présenté de traces de déchirures, ainsi que les médecins l'avaient constaté au début, est noire et comme tatouée par la poudre.

A l'otoscope, le conduit auditif est noirci, et présente une forme conique à base interne. La portion fibro-cartilagineuse a éclaté sous la pression des gaz.

Tout au fond, en arrière, on aperçoit la caisse. Le tympan n'est plus représenté que par quelques lambeaux noirâtres adhérents au cercle tympanal.

Un peu plus en avant et en bas, les tissus sont déchiquetés, noircis, et on voit une solution de continuité anfractueuse, assez étendue.

Lorsque je fis un abondant lavage d'eau coaltarisée, un peu de liquide passa par l'arrière-gorge, et fut craché par le malade.

Le projectile était sorti par le pharynx nasal et avait été rejeté par la bouche. Je jugeais inutile à ce moment de chercher à me renseigner plus exactement sur les désordres qu'avait pu produire la balle.

Au point de vue sensoriel, voici les résultats de mon exploration.

Le diapason placé dans le sommet du crâne était perçu sans latéralisation du maximum.

Le maximum passait à droite, lorsque je fermais l'oreille droite avec le doigt.

La transmission osseuse était normale avec le diapason en vibration sur l'apophyse mastoïde et sur la bosse frontale à droite. Enfin, la voix haute était entendue à 4 mètres.

Le traitement consista en injections antiseptiques, avec pansement humide sur la région et enveloppement avec le coton boriqué.

Quelques jours après, le jeune homme se levait, puis venait habiter Paris. Je le voyais deux fois par semaine. Le conduit auditif se cicatrisait, dans sa profondeur, mais en se rétrécissant. Un stylet introduit doucement, permettait de sentir quelques points osseux dénudés. La suppuration était peu abondante.

Vers la fin de mai, le blessé s'absenta pendant un mois.

A son retour, je constatai que le conduit était en partie comblé par du tissu cicatriciel. Une fistule de 1 millim. à peine existait à la partie postéro-inférieure du méat. Le stylet pénétrait peu profondément. L'écoulement séro-purulent, sans odeur, était léger. L'audition de la parole avait diminué, et les mots à voix haute n'étaient plus entendus qu'à 2 mètres.

Le jeune homme partit aux colonies. Il y est mort il y a six mois, emporté par une affection aiguë du foie.

J'ai appris, quelque temps avant, que l'oreille était absolument fermée par la cicatrice.

Réflexions. — Il existe dans la science un assez grand nombre d'observations de coups de feu dans l'oreille, et les cas où le projectile s'est arrêté dans le rocher, sans causer la mort, ne sont pas très rares. Berger en a cité plusieurs.

Le fait que je viens de rapporter présente des particularités intéressantes.

L'éclatement du conduit n'a rien qui doive surprendre ; mais il est extraordinaire qu'une balle de 9 millim. traverse la région en détruisant le facial, puis frôle sans le blesser le paquet vasculaire et ressorte enfin dans le pharynx nasal, sans causer des lésions plus sérieuses.

Ce qui me paraît important à noter, c'est l'absence de la répercussion grave sur l'oreille interne. La pression des gaz a été assez forte pour faire éclater le conduit et le tympan, mais là se sont arrêtés les désordres. L'appareil récepteur était resté indemne.

Je ferai remarquer en terminant que la cicatrisation de la plaie a produit la fermeture complète du conduit auditif.

# ANALYSES ET COMPTES RENDUS

## I. — Nez

**The use of ozone in atrophic catarrh. (De l'emploi de l'ozone dans le catarrhe atrophique)**, par le Dr Cl. C. Rice. In *N.-Y. Med. Journ.*, 19 août 1893.

Le nombre de cas soumis par l'auteur au traitement par l'ozone est encore trop peu considérable pour qu'il soit permis de juger de façon certaine le bien fondé de la méthode, d'autant plus que les malades en observation le sont depuis trop peu de temps pour que les résultats ultérieurs du traitement puissent être appréciés; quoi qu'il en soit, les bons résultats obtenus par Rice chez des malades atteints de rhinite atrophique ou de pharyngite sèche peuvent laisser espérer que l'on trouvera dans l'ozone un adjuvant puissant pour le traitement de ces maladies rebelles du nez et de la gorge.

On administre l'ozone de la façon suivante :

Le malade fait une inspiration profonde, puis, aussi longtemps qu'il peut retenir sa respiration, on fait passer dans ses narines un courant d'ozone.

L'expiration chasse le gaz qui pourrait rester dans le nez, une fois le courant interrompu. Quelques minutes après, on recommence. Les séances doivent être répétées deux ou trois fois par semaine.

Le premier effet de l'ozone est de produire une sensation de cuisson intense au niveau de la muqueuse, et d'augmenter la sécrétion nasale pendant quelques heures ; mais l'accoutumance se fait très vite.

Gouly.

**Vorläufige Mitteilung über eine neue elektrische Untersuchungslampe. (Communication préliminaire sur une nouvelle lampe électrique d'examen)**, par le Dr Dinckler (de Brême). *Munch. medic. Wochenschr.*, n° 36, 1893.

Pour la première fois, l'appareil habituel avec fil incandescent est

remplacé ici par une petite lampe à arc voltaïque de deux milliampères. Extérieurement, cette lampe ressemble à la lampe d'examen de Krause. Comme elle repose sur une articulation à emboîtement sphérique, la source lumineuse peut non seulement être dirigée vers tous les points d'un plan horizontal, mais encore être inclinée dans tous les sens. Une installation d'éclairage électrique est nécessaire et, comme la tension ne doit pas dépasser 60 à 70 volts, il est indispensable d'adapter à l'appareil un petit rhéostat. KAHN (de Wurzbourg).

**Instrumente zur Application der Trichloressigsäure in der Nase. (Instruments pour l'application de l'acide trichloracétique dans le nez)**, par le Dr ERNST WINCKLER (de Brême). *Therapeut. Monatshefte*, nº 9, 1893.

Winckler préconise l'emploi de l'acide trichloracétique liquide pour la cautérisation du cornet inférieur. Il se sert à cet effet de porte-caustiques de trois dimensions différentes, aplatis en forme de lames. L'acide est appliqué en couche mince sur l'une des faces de la lame, tandis que la face opposée, ainsi que les bords, sont soigneusement étanchés. L'instrument est alors introduit dans la fosse nasale, après cocaïnisation préalable avec de la vaseline cocaïnée, et la face chargée d'acide est fortement appliquée pendant un instant contre la muqueuse à cautériser. On réussit ainsi à cautériser d'un seul coup toute l'étendue du cornet inférieur sans intéresser les parties saines. KAHN (de Wurzbourg).

**Ein Fall von sogenannter idiopatischer acuter Perichondritis der Nasenscheidewand. (Un cas de l'affection dite périchondrite aiguë de la cloison nasale)**, par le Dr SCHRÖDER (de Berlin). *Berl. Klin. Wochenschr.*, 13 novembre 1893.

Il s'agit d'une jeune femme indemne de syphilis et de tuberculose qui, sans traumatisme préalable, fut brusquement prise, avec accompagnement de fièvre et de symptômes généraux, d'un gonflement douloureux du nez.

L'examen rhinoscopique ayant montré les deux narines obstruées par un gonflement bilatéral de la muqueuse de la cloison, celle-ci fut incisée à droite et à gauche, ce qui donna lieu à l'écoulement d'un pus abondant et fétide.

L'exploration avec la sonde révéla une fonte purulente du cartilage et

une dénudation avec carie du vomer et de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde.

Une rétention du pus ayant eu lieu, on réséqua un lambeau de la muqueuse pour empêcher le retour du même fait; après quoi, les surfaces osseuses malades furent soumises à un curettage énergique.

Tamponnement antiseptique. Guérison au bout de 8 jours avec déformation très légère du nez.

L'auteur rapproche ce fait de ceux de Clinton Wagner, de B. Delavan et de Gouguenheim, en insistant sur le caractère spontané des accidents et sur l'absence de syphilis et de tuberculose chez les quatre malades.

Nous regrettons, dans ces différentes observations, l'omission de la mention de l'état des dents, des faits récents publiés par Mendel (de Paris) et Dreyfuss (de Strasbourg) ayant établi l'origine dentaire possible de certaines suppurations nasales aiguës.

LUC.

**Acute idiopatische Perichondritis der Nasenscheidewand. (Perichondrite idiopathique aiguë de la cloison nasale)**, par W. LUBLINSKI. *Berl. Klin. Wochenschr.*, 13 novembre 1893.

Nouveau fait à ajouter à celui de Sehröder et à ceux des auteurs cités dans son travail.

Chez un homme de 60 ans, légèrement diabétique, sans eczéma des narines et sans carie dentaire, développement spontané, avec accompagnement de phénomènes fébriles, d'un gonflement douloureux de la muqueuse de chaque côté de la cloison nasale. Après incision de la tuméfaction dans la fosse nasale droite, écoulement d'une petite cuillerée de pus inodore et constatation, avec le stylet, d'une perforation du cartilage. Ultérieurement rétention du pus, réouverture du foyer, guérison au bout d'une douzaine de jours.

LUC.

**Nasal douches and sprays. (Irrigations et pulvérisations nasales)**, par le Dr J. WRIGHT.

L'auteur s'élève dans cet article contre la tendance exagérée qu'ont les rhinologistes à combattre les affections nasales par les moyens chirurgicaux avant de tenter une méthode plus douce, ou par l'introduction dans les narines de médicaments variés dont le nombre sans cesse croissant montre le peu d'efficacité. Dans la plupart des cas de catarrhe

chronique avec hypertrophie de la muqueuse, la douche nasale rend de grands services et suffit à amener une guérison que l'on cherche trop souvent à obtenir par une intervention radicale, que l'on emploie le bistouri, l'anse ou le galvano-cautère. En effet, l'élément le plus important de la membrane muqueuse des cavités nasales est l'élément glandulaire, et en examinant des coupes au microscope, il est facile de se rendre compte que là où la muqueuse est le plus hypertrophiée, où il y a épaississement des couches épithéliales, du tissu fibreux, et même du tissu osseux, les glandes accusent dès le début un commencement de dégénérescence. Il est donc de toute importance de laisser aux conduits glandulaires leur perméabilité et de débarrasser leurs orifices de tous les produits qui tendent à les obstruer. Ce résultat ne peut être obtenu d'une façon pleinement satisfaisante que par l'irrigation nasale. Il est évident que si ce moyen échoue on aura recours à un procédé plus chirurgical.

L'auteur considère également le lavage des fosses nasales comme le meilleur mode de traitement après une opération dans le nez, les tampons, les poudres médicamenteuses agissant comme corps étranger et augmentant la sécrétion. Les complications qui peuvent survenir du côté de l'oreille à la suite d'irrigations nasales seront évitées si le lavage est fait avec précaution et douceur. Le meilleur mode de lavage est celui qui se fait d'arrière en avant, la seringue étant introduite par le pharynx, mais c'est là une méthode difficile qui réclame autant de savoir-faire de la part du médecin que de tolérance de la part du malade.

Dans les inflammations aiguës du nez et de la gorge, les pulvérisations huileuses précédées d'un lavage bien fait donnent d'excellents résultats.

GOULY.

**Iritis consécutive à un empyème de l'antre d'Highmore**, par le Dr C. FROMAGET. In *Revue intern. de rhin., ot., laryng.*, 10 novembre 1893.

Mme P..., âgée de 24 ans, est atteinte depuis deux mois d'une iritis de l'œil gauche ; pas de syphilis; pas de rhumatisme. Avant de souffrir de l'œil elle avait eu un violent coryza, et depuis ce temps elle crachait du pus et en mouchait souvent par la narine du côté malade ; elle éprouvait de violentes céphalées dans la région frontale et maxillaire gauche. Le diagnostic d'empyème de l'antre d'Highmore fut confirmé après l'éclairage du sinus et une ponction exploratrice par le Dr Moure qui opéra la malade par la voie alvéolaire. Deux jours après, tous les symptômes de l'iritis aiguë avaient disparu.

Pour l'auteur, ces fausses iritis sont dues à la gêne de la circulation et à l'irritation du trijumeau maxillaire par les empyémes du sinus, et il s'appuie pour confirmer son dire sur les recherches de Zuckerkandl qui a montré que, dans les cas d'empyème, l'épaississement de la muqueuse du sinus s'accompagne du gonflement de la muqueuse nasale et amène consécutivement de la gène de la circulation dans l'orbite et dans l'intérieur du globe, et sur les expériences d'Adamics, d'Aippel, etc., d'après lesquelles il résulte que l'irritation du trijumeau maxillaire dilate par voie réflexe les vaisseaux du globe oculaire et des parois ciliaires.

GOULY.

**Zur Eröffnung der Nebenhöhlen der Nase bei chronischer Eiterung. (De l'ouverture des cavités accessoires du nez, en cas de suppuration chronique)**, par le Dr A. JANSEN (de Berlin). *Arch. f. Laryngologie*, Bd 1. Hft 2, S. 135.

Un des points qui ressortent le plus nettement de cet intéressant travail, c'est l'extension fréquente de la suppuration à plusieurs des cavités annexes des fosses nasales. Ainsi, sur les sept malades dont l'histoire est annexée à cet article, le premier était atteint d'un empyème du sinus frontal et des cellules ethmoïdales du même côté ; le second, le troisième, le quatrième et le cinquième présentaient un empyème des mêmes cavités et, en plus, du sinus maxillaire du même côté ; enfin le sixième et le septième offraient une suppuration de toutes les cavités nasales annexes des deux côtés.

Aussi l'auteur conseille-t-il, une fois l'empyème frontal diagnostiqué, d'en pratiquer l'ouverture par une large brèche osseuse permettant d'adjoindre à cette première opération l'ouverture des cellules ethmoïdales et même celle du sinus sphénoïdal.

Tout en pratiquant l'ouverture large du sinus frontal, il s'est attaché à éviter le mieux possible la défiguration ultérieure du malade en opérant non sur la paroi antérieure, mais sur la paroi inférieure ou orbitaire qu'il réséque complètement, après l'avoir mise au jour, grâce à une incision cutanée courbe conduite parallèlement et au-dessous du sourcil, depuis le bord orbitaire externe jusque sur le côté de la racine du nez. Le globe oculaire est protégé au moyen d'un écarteur mousse et plus tard l'élasticité du tissu adipeux intra-orbitaire assure au sinus ouvert un plancher suffisamment résistant et favorise même l'occlusion de la perte de substance et la dissimulation de la cicatrice.

Ce n'est que dans le cas où les grandes dimensions du sinus rendent difficile le bon drainage du foyer, que l'auteur réséque le bord orbitaire et une certaine hauteur de la paroi antérieure. Par la brèche ainsi faite, on peut explorer les cellules ethmoïdales et, si l'on y trouve du pus, les ouvrir successivement (après tamponnement rétro-nasal) jusqu'à ce que l'on pénètre dans la cavité nasale vers laquelle le foyer se trouve ainsi largement drainé. On peut en outre, cette voie une fois ouverte, explorer et ouvrir le sinus sphénoïdal.

L'auteur obtiendrait par cette méthode la guérison des suppurations frontales les plus rebelles, dans un laps de temps variant entre 4 et 7 mois et demi.

Il préconise non moins la méthode de l'ouverture large pour le sinus maxillaire, une fois la chronicité de la suppuration bien établie.

A cet effet, il résèque la presque totalité de la paroi antérieure de ce sinus en se préoccupant seulement de ménager le trou sous-orbitaire. En outre, pour favoriser l'épidermisation cicatricielle des parois suppurantes il invagine dans la cavité osseuse béante un vaste lambeau de la muqueuse gingivo-labiale préalablement mobilisé qu'il applique soigneusement à la face interne de l'antre par un tamponnement de gaze iodoformée suffisamment serré.

Il s'attache ultérieurement à réprimer la formation des fongosités qui pourraient entretenir la présence de clapiers purulents dans les diverticules du foyer. Enfin, pour empêcher l'occlusion précoce de la bréche osseuse chez les malades forcés de se soustraire prématurément aux soins du spécialiste, il a imaginé l'emploi d'un obturateur de caoutchouc plein ayant les dimensions d'un index ou d'un petit doigt et pouvant se fixer au moyen d'un crochet spécial à une dent ou à un dentier.

L'article de Jansen sur lequel nous comptons revenir ultérieurement à propos d'un travail que nous préparons sur le même sujet, nous a paru réaliser un progrès sérieux dans nos méthodes de diagnostic et de traitement des empyémes circum-nasaux ; aussi l'avons-nous analysé d'une façon quelque peu détaillée, tout en engageant vivement nos lecteurs à consulter l'original.

LUC.

## II. — Larynx, trachée

**A case of pachydermia laryngis. (Un cas de pachydermie laryngée),** par le Dr W. Milligan. In *The Journ. of Laryng.*, etc., août 1893.

Mlle E. C..., âgée de 21, ans souffre de la gorge depuis deux ans. Elle se plaint d'un enrouement perpétuel mais d'intensité variable. Le matin, à son réveil, elle a une aphonie presque absolue qui disparaît dans la journée, sans reparaître le soir. Elle ne tousse pas et ne souffre pas à proprement parler. Elle n'éprouve que de la gêne.

On constate, à l'examen laryngoscopique, une congestion chronique de la muqueuse. Les deux cordes vocales sont un peu épaissies, et l'on remarque à leur extrémité postérieure, au niveau des apophyses vocales, deux saillies symétriques, de forme ovoïde, rougeâtres, à grand diamètre antéro-postérieur. La saillie gauche présente une dépression centrale, comblée en partie, pendant la phonation, par une élévation correspondante de la corde opposée. Les cordes ne se réunissent qu'imparfaitement. La muqueuse inter-aryténoïdienne est épaissie et rugueuse.

Le traitement consista en applications locales de nitrate d'argent, et en pulvérisations intra-laryngées avec une solution de chlorure de sodium. En même temps la malade prenait de l'iodure de potassium.

Malgré l'affirmation de la malade qui se trouve mieux, le traitement n'a pas donné de résultats satisfaisants : l'état du larynx est toujours le même. L'amélioration de la malade tient probablement à la disparition partielle du catarrhe laryngé. Gouly.

**A case of complete glottic spasm in an adult, followed by unconsciousness and prolonged drowsiness. (Un cas de spasme complet de la glotte chez une adulte, suivi de perte de connaissance et de somnolence prolongée),** par le Dr W. Peyre Porcher, in *N. Y. Med. Journ.*, 26 août 1893.

La malade, âgée de 52 ans, souffrait, depuis une attaque de grippe contractée quelques mois auparavant, de difficulté de la respiration et de cauchemars fréquents. Ses amydales la gênaient, lui donnant une sensation de titillement constant dans l'arrière-gorge, et elle en réclamait l'ablation, pour remédier aux accès de toux qu'elle avait, à peine endormie. Cette femme était dans un état de nervosisme très prononcé. Trop

petites pour être enlevées, les amygdales furent cautérisées au galvano-cautère. La nuit suivante, la respiration fut plus facile. Le lendemain matin, en prenant du café, elle ressentit, à la première cuillerée, un vertige subit et tout particulier, et, en voulant se lever pour aller à la fenêtre, tomba à la renverse sans connaissance. Cette attaque ne dura pas longtemps, et fut suivie d'un état de somnolence qui persista plusieurs jours. On lui ordonna de la strychnine, de la quinine et du fer. Treize jours après, on fit sur les amygdales une seconde cautérisation qui donna des résultats assez satisfaisants pour que, au bout de 15 jours, la malade se sentît complètement remise. GOULY.

**Sur un cas d'extirpation totale du larynx sans trachéotomie préalable, avec rétablissement artificiel de la phonation**, par le Dr CH. PÉRIER.

Il s'agit d'un homme de 62 ans qui était atteint d'un épithélioma du larynx dont les premiers symptômes avaient été observés en 1891, sous forme d'une angine simple rapidement améliorée, mais non complètement guérie ; il était resté un peu d'enrouement et de gêne de la déglutition attribués, en l'absence d'autres signes physiques, à une arthrite crico-aryténoïdienne. Le malade alla tant bien que mal pendant deux ans, mais au commencement de cette année, il y eut une aggravation croissante ; il devint facile de voir qu'on assistait à l'évolution d'un épithéliome.

Lorsque Luc adressa le malade à Périer le 3 juin, le mal avait envahi toute une moitié du larynx, et empiétait assez sur l'autre côté pour que l'idée d'une extirpation partielle fût de suite rejetée. L'extirpation totale fut alors proposée et immédiatement acceptée. L'opération fut faite le 12 juin. Le malade étant bien endormi, et le cou placé en extension, Périer pratique deux incisions transversales allant d'un sterno-mastoïdien à l'autre ; l'une immédiatement au-dessous de l'os hyoïde, la seconde à un travers de doigt au-dessous du cartilage cricoïde ; une troisième incision médiane est conduite du milieu de l'une au milieu de l'autre. Les deux lambeaux trapézoïdes circonscrits par ces trois incisions sont relevés comme deux volets à droite et à gauche en rasant exactement la surface externe du squelette laryngo-trachéal. L'hémostase faite, un fil en anse est placé de chaque côté de la trachée, puis une sonde cannelée est insinuée derrière la trachée entre son premier anneau et le commencement de l'œsophage. La trachée est alors

coupée en travers d'un seul coup de bistouri, et immédiatement amenée, en avant et en haut au moyen des deux anses de fil placées d'avance sur ses côtés ; on y introduit une canule conique munie d'un taquet sur lequel sont immédiatement noués les fils latéraux : canule et trachée font un tout solidaire où l'air extérieur pénètre à travers un large tube en caoutchouc au moyen duquel on continue l'anesthésie. A l'aide d'une pince érigne le larynx est alors saisi en bas, attiré en avant et en haut, et l'on coupe les insertions des constricteurs inférieurs du pharynx. La face postérieure du larynx est séparée de la face antérieure du pharynx, on coupe à leur base les grandes cornes du cartilage thyroïde, et on achève la séparation du larynx en sectionnant la muqueuse pharyngienne sur tout le pourtour de l'orifice supérieur du larynx : on laisse en place la partie supérieure de l'épiglotte qui était saine.

L'orifice pharyngien est suturé aux lèvres de l'incision transversale supérieure dans une étendue suffisante pour que le bout de l'index puisse entrer à peine dans le pharynx, les lèvres de l'incision sont ensuite réunies directement l'une à l'autre à droite et à gauche de l'orifice pharyngien ainsi conservé. Les lambeaux latéraux sont suturés l'un à l'autre sur la ligne médiane au-devant du pharynx. Il ne reste plus alors qu'à retirer la canule et à suturer la trachée aux lèvres de l'incision transversale inférieure.

Il y a donc au-devant du cou deux orifices, l'un, inférieur, indispensable pour que la respiration soit possible, l'autre, supérieur, réservé pour le rétablissement ultérieur de la voix au moyen d'un larynx artificiel.

Comme premier pansement, on mit du salol sur le milieu, puis une couche d'ouate au salol fixée sur les côtés du cou par du collodion; l'orifice pharyngien fut tamponné avec du coton salol, et l'orifice de la trachée recouvert de gaze. Jusqu'au lendemain matin l'état du malade fut assez inquiétant ; il eut pendant la nuit une menace d'asphyxie que fit disparaître le nettoyage de la trachée. A la visite du matin le pansement est réduit à un paquet de gaze imbibée d'une solution de chloral à 1 p. 100. L'alimentation se fait facilement à condition d'obturer l'orifice pharyngien avec la pulpe du doigt.

Les fils sont enlevés dès le 8e jour. La température, qui avait atteint 38°,8 le 5e jour, n'a cessé d'osciller à partir du 9e jour entre 37 et 38°,6. Sortie de l'hôpital le 13 juillet.

Dès le 29 juin, on fait des essais pour faire parler le malade. Les premiers résultats furent obtenus par le Dr Plicque, et M. Perruchet. Aujourd'hui l'appareil employé, et imaginé par M. Aubry, consiste en

un tube terminé par une surface sphérique pouvant s'appliquer hermétiquement contre l'orifice pharyngien. Ce tube contient un appareil à anche métallique mise en vibration par un courant d'air provenant d'un réservoir en caoutchouc à double poche que l'on remplit au moyen de la poire à main du thermo-cautère. Le malade parle toujours sur le même ton, mais il se fait clairement comprendre.

En examinant le larynx enlevé, on reconnaît que la corde vocale gauche a disparu sous l'envahissement d'une tumeur faisant saillie vers l'autre corde vocale et en atteignant l'extrémité antérieure qui aurait été bientôt prise à son tour; en hauteur la tumeur occupe à peu près la moitié supérieure de la portion sous-glottique.

L'examen histologique, fait par M. M. Dauvac, interne de M. Gouguenheim, a donné les résultats suivants :

Épithélioma intra-laryngé, pavimenteux lobulé. Épaississement des travées fibreuses périglandulaires et du chorion entre lesquelles se trouvent de longs boyaux ou des masses lobulées composées d'éléments épithéliaux volumineux. Les cellules glandulaires sont tantôt en dégénérescence muqueuse, tantôt détruites, dissociées et remplacées par la cellule épithéliale néoplasique pavimenteuse. Les muscles sont détruits. Le cartilage présente une transformation muqueuse de sa partie fondamentale et une transformation asbestique des plus prononcées. La zone pathologique épithéliomateuse est strictement limitée aux tissus intrinsèques. Le processus néoplasique n'a aucune tendance à envahir les régions avoisinantes, dont les voies lymphatiques sont indemnes d'ailleurs. Le foyer morbide paraît donc limité par une zone inflammatoire nettement conjonctive d'où partent les tumeurs conjonctives délimitant et enfermant les éléments pavimenteux néoplasiques. Ce caractère serait spécial aux néoplasies cancéreuses *primitives et intrinsèques* du larynx.

**Sarcom des Kehlkopfes (Sarcome du larynx)**, par le Dr Alf. Bruck (de Berlin). *Berl. klin. Wochenschr.*, 11 septembre 1893, p. 890.

Après avoir établi sur des données bibliographiques la rareté du sarcome laryngien, l'auteur nous donne l'histoire d'un cas de cette affection observé par lui à la polyclinique du professeur Krause.

Il s'agit d'un homme de 57 ans chez qui le néoplasme occupait la totalité de la bandelette ventriculaire droite, au point de dissimuler presque complètement la corde vocale du même côté, à l'examen laryngoscopique.

Il existait un engorgement ganglionnaire prononcé au cou et à la région sous-maxillaire.

Une intervention radicale ayant été résolue, on commença par pratiquer la trachéotomie supérieure, puis une canule à éponge de Hahn ayant été placée dans la trachée, l'incision prétrachéale fut prolongée supérieurement jusqu'à l'os hyoïde, puis de là obliquement jusqu'au-dessous de l'angle droit du maxillaire inférieur, en vue de l'extirpation des ganglions infectés. Ce temps de l'opération présenta de grandes difficultés, les ganglions malades s'étendant supérieurement jusqu'à la base du crâne, profondément jusqu'au faisceau vasculo-nerveux et adhérant fortement au muscle sterno-cléido-mastoïdien. Cela fait, on pratiqua l'ablation de la moitié droite du larynx.

La mort survint trois jours après l'opération, à la suite d'accidents fébriles suivis de coma.

L'autopsie ne fut pas permise, mais, dès avant l'opération, l'examen d'un fragment du néoplasme extrait à l'aide d'une double curette avait démontré qu'il s'agissait d'un sarcome à cellules rondes.

L'examen des ganglions extraits y révéla les caractères de la même variété de sarcome.

L'auteur se fonde sur l'examen comparatif des ganglions et du larynx et aussi sur les anamnestiques pour admettre qu'il s'est agi dans ce cas non pas d'un sarcome primitif du larynx avec infection ganglionnaire secondaire, mais d'un sarcome primitif des ganglions cervicaux avec noyau secondaire dans le larynx.

Nous nous expliquons mal, avec cette hypothèse, la limitation du sarcome aux ganglions du côté droit du cou. LUC.

**Pharyngeal voice, illustrated by presentation of a patient who phonates without a larynx and without the use of his lungs. (Voix pharyngée ; présentation du malade qui parle sans larynx, et sans faire usage de ses poumons)**, par le Dr J. SOLIS-COHEN. In *N. Y. Med. Journ.*, 11 novembre 1893.

Présentation d'un malade auquel l'auteur avait, quatorze mois auparavant, enlevé le larynx et le premier anneau de la trachée pour un épithelioma cylindrique. Les suites de l'opération furent excellentes, le malade n'a jamais souffert, et jusqu'à présent il n'y a pas trace de récidive. La trachée avait été fixée à la peau par quelques points de suture, le malade porte une canule à demeure, et depuis l'opération, il n'y a pas

la moindre communication entre la bouche et la trachée. Lorsque le malade parle, et les sons qu'il produit sont beaucoup plus distincts que ceux qu'il pourrait obtenir avec n'importe quel larynx artificiel, il avale de l'air, et il se forme alors au-dessus de la plaie trachéale une petite poche qui lui sert à produire le son, en mettant en vibration les muscles constricteurs du pharynx. GOULY.

## III. — PHARYNX

**Ueber einen Fall von Angina Ludovici. (Un cas d'angine de Ludwig),** par le Dr TRUMPP (de Harscheim, Pfalz) *Münch. mediz. Wochenschr.*, n° 38, 1893.

La tumeur ayant la consistance de la pierre s'étendait comme un plancher résistant depuis le maxillaire inférieur, jusqu'à l'apophyse mastoïde gauche en arrière, et remplissait tout l'intervalle compris entre le trapèze gauche, la clavicule et le bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien droit. La glande sous-maxillaire et le corps thyroïde étaient gonflés au point d'atteindre les dimensions d'un œuf de poule. La muqueuse bucco-pharyngée se montrait modérément hyperhémiée.

Au 7e jour, une incision pratiquée au-dessus de l'incisure semi-lunaire de la clavicule gauche donna issue au pus. Guérison au bout de 23 jours. L'auteur pense qu'ici, comme cela s'observe dans l'actinomycose, les germes infectieux tiraient leur origine de deux molaires cariées.

KAHN (de Wurzbourg).

**Un cas d'angine infectieuse,** par le Dr PERIGORD. *Limousin médical*, août 1893, d'après la *Rev. gén. de clin. et de thérapeut.*

Une jeune fille de dix-neuf ans, de bonne santé et sans antécédents, eut, à la suite d'un refroidissement, un abcès de l'amygdale gauche. Le médecin ne crut pas devoir intervenir et prescrivit l'antisepsie locale et générale et la quinine. Le lendemain, l'abcès s'ouvrait spontanément et la malade se sentit soulagée, quand, le soir même, elle était prise d'accidents cérébraux aigus avec pouls rapide et hyperesthésie généralisée. Cet état alla toujours en augmentant ; le soir du troisième jour, elle mourait dans le coma.

On trouva, à l'autopsie, les méninges congestionnées, les espaces sous-arachnoïdiens et la région protubérantielle remplis de pus ; les

ventricules étaient pleins de liquide purulent. Il n'y avait rien aux autres organes. L'angine phlegmoneuse avait donc été l'origine d'accidents infectieux rapidement mortels.

L'auteur conclut qu'une angine, quelles que soient ses allures, peut être suivie d'accidents suppurés (otite, méningite, endocardite, etc.) témoignant d'une infection générale, et qu'on doit toujours en réserver le pronostic.

**Angine couenneuse provoquée**, par le Dr PERRIN. *Archiv. de méd. et de chirurg. milit.*, septembre 1893, p. 245, d'après la *Rev. gén. de clin. et de thérap.*

Il est question dans ce travail de faits d'angine pseudo-membraneuse provoqués par des soldats simulateurs à l'aide de poudre de cantharides introduite dans la gorge, soit au moyen du doigt, soit par insufflation, après quoi une gorgée d'eau est immédiatement ingérée.

Une inflammation pelliculaire cantharidique se développe sur le pharynx et dans la cavité buccale. Elle offre une grande analogie d'aspect avec la diphtérie par l'absence de tuméfaction ganglionnaire cervicale et de phénomènes généraux. Ce sont là les seuls éléments de diagnostic différentiel, à défaut d'un examen bactériologique.

**A case of sarcoma of the soft palace, illustrating the degeneration of a benign (papilloma) into a malignant growth. Removal of the soft palace. Death. (Un cas de sarcome du voile du palais montrant la transformation d'une tumeur bénigne (papillome) en tumeur maligne. Ablation du voile du palais. Mort)**, par le Dr W. K. SIMPSON. In *N. Y. Med. Journ.*, 28 octobre 1893.

Une jeune fille âgée de 16 ans présentait sur le voile du palais une masse dont les dimensions premières avaient rapidement augmenté, et qui était composée de tumeurs multiples papillomateuses. Elle fut opérée par le Dr Lefferts. Seize mois plus tard il y eut récidive, et c'est à ce moment qu'elle fut confiée aux soins du Dr Simpson. Le voile du palais présentait alors à différents endroits, et surtout sur son bord libre, plusieurs tumeurs d'aspect papillomateux, mobiles, avec un pédicule plus ou moins long ; le tout fut enlevé au galvano-cautère. Pendant les quelques semaines qui suivirent, ces tumeurs se refermèrent presque aussitôt après leur ablation, en même temps que le voile du palais prenait de jour en jour

une induration plus sensible. L'aspect primitif n'existait plus, et il était évident que la tumeur, bénigne au début, prenait un caractère malin très accentué. L'examen microscopique d'un nouveau fragment de la tumeur démontra le bien fondé de cette déduction. Il n'y avait pas d'engorgement des glandes : la malade se plaignait seulement d'un peu de dysphagie. L'ablation totale du voile du palais fut proposée et acceptée. L'opération fut faite avec le bistouri et les ciseaux, la malade ayant été fortement cocaïnisée.

L'hémorrhagie fut légère, et facilement arrêtée. La malade fut vite rétablie, et pendant deux mois il n'y eut pas trace de récidive.

Mais à ce moment, survint une reprise violente du mal, avec extension au pharynx et au naso-pharynx, et la malade mourut six mois après.

GOULY.

**Diphtheria and other membranous affections of the throat. (De la diphtérie et des autres affections membraneuses de la gorge)**, par le Dr F. H. WILLIANS In *Amer. Journ. of the med. sciences*, nov., 1893.

Les conclusions de cet article en sont la meilleure analyse :

1° La coïncidence de la diphtérie avec d'autres maladies ;

2° La nécessité des cultures comme moyen de diagnostic précoce ;

3° L'examen bactériologique de tous les malades qui, atteints de scarlatine, de rougeole, de fièvre typhoïde, etc., présentent en même temps une affection membraneuse de la gorge;

4° Isoler les malades, et ne faire cesser leur isolement qu'après examen bactériologique de leur gorge;

5° Les solutions faibles de peroxyde d'hydrogène ne sont que de faibles germicides ;

6° Les solutions fortes de peroxyde d'hydrogène en applications locales donnent de bons résultats dans le traitement de la diphtérie ;

7° Il faut faire les applications aussitôt que possible, et les répéter fréquemment.

GOULY.

**The occurrence of hemorrhage after operation for the removal of adenoïd tissue forom the naso-pharyngeal vault, with the report of a fatal case. (Un cas d'hémorrhagie secondaire après une opération de végétations adénoïdes. Mort)**, par le Dr J. S. NEWCOMB. In *Amer. Journ. of the med. sciences*, nov. 1893.

Les accidents secondaires qui peuvent compliquer une opération de

végétations adénoïdes : bronchite, pneumonie infectieuse, hémorrhagie, sont heureusement assez rares pour que cette opération puisse actuellement passer à juste titre pour être relativement bénigne ; ils n'en sont pas moins toujours à craindre ; aussi fera-t-on bien de suivre le sage précepte de l'auteur quand il recommande de soumettre ces opérés à une observation minutieuse de la part de la famille, et si besoin est, de celle du médecin, au moins pendant les douze premières heures. Chez l'enfant qui fait le sujet de la présente observation, l'hémorrhagie secondaire aurait pû être facilement arrêtée, si son entourage avait fait plus vite appel au médecin.

Un garçon âgé de trois ans et demi est opéré de végétations adénoïdes le 26 avril 1892. L'opération est faite dans des conditions aussi bonnes que possible, et l'enfant est emmené deux heures après par sa mère à qui l'on recommande, selon l'habitude, d'appeler le chirurgien s'il y avait une complication quelconque. Quatre heures après l'opération, la mère constata un écoulement sanguin léger par les narines de son enfant, en même temps qu'une sorte de gargouillement dans la gorge. L'écoulement nasal cessa rapidement, mais le gargouillement augmentait progressivement d'intensité. La mère voulut voir le Dr N. ; mais ses voisins l'en dissuadèrent, lui disant pour calmer son inquiétude qu'il n'y avait dans l'état de l'enfant rien d'anormal, que le danger n'existait pas, et qu'après cette opération il en était toujours ainsi. La nuit se passa de la sorte, le sang continuant à couler lentement mais sans discontinuer. Le lendemain matin, seize heures après l'opération, le Dr N., appelé en toute hâte, arriva pour trouver un enfant exsangue, dont les extrémités étaient glacées, dont la respiration était très faible. Toutes les tentatives pour le ranimer furent vaines et quelques minutes après il succombait.

GOULY.

**Sarcome de l'amygdale gauche.** — Communication faite par le Dr VERNEUIL à la Société de chirurgie, le 29 novembre 1893. In *Progrès méd.*, 2 décembre 1893.

Un garçon boucher âgé de 18 ans vient consulter pour une tumeur de la bouche, développée seulement depuis deux mois. A l'examen, on trouve sur l'amygdale gauche une tumeur qui avait envahi la base de la langue, le pilier antérieur, le voile du palais et la voûte palatine ; elle présentait une surface régulière, non ulcérée, de consistance ferme. La respiration était libre : il y avait un peu de dysphagie : la muqueuse bucco-

pharyngienne était très hyperesthésiée ; les mouvements du cou étaient un peu gênés.

V. porte le diagnostic de sarcome et opère le malade par le procédé qu'il appelle géno-maxillaire. L'incision part de la commissure labiale en se dirigeant obliquement vers le bord inférieur du maxillaire inférieur puis vers l'angle de la mâchoire. Après avoir enlevé la glande sous-maxillaire et les ganglions, lié la linguale et la carotide externe, on incise la muqueuse buccale, et on écarte largement les mâchoires.

Dans le cas présent la tumeur fut attaquée par en haut : une incision au thermocautère au niveau du pilier antérieur permit de l'énucléer et d'enlever ensuite la portion linguale. Il ne restait plus alors qu'un pédicule inséré au niveau de l'os hyoïde, qui fut également enlevé. La plaie fut suturée, et un drain placé à sa partie déclive. L'antiseptique buccal employé fut le chloral à 2 p. 100. Les suites opératoires furent excellentes et le 19e jour, le malade retournait dans son pays.

L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un sarcome à petites cellules. GOULY.

**The cure of a rhino-pharyngeal fibrosarcoma by electrolysis. (Guérison d'un fibrosarcome rhino-pharyngé par l'électrolyse)**, par le Dr J. SOLIS-COHEN.

Un jeune homme de 23 ans souffrait depuis une dizaine d'années d'une tumeur rhino-pharyngée qui saignait au moindre attouchement et qui avait pris un développement assez considérable pour amener une déformation très accentuée de la face. Après avoir songé à la résection du maxillaire supérieur, S. C. abandonna l'idée d'une pareille intervention en raison de l'état général du malade, et il résolut d'attaquer la tumeur par l'électrolyse. On commença d'abord par enlever à l'anse chaude la plus grande partie de la tumeur : les parties restantes furent soumises à l'électrolyse, les électrodes étant tantôt des plaques, tantôt des aiguilles. Les séances furent au nombre de 20 à 30, très longues, et parfois très pénibles, mais ce traitement fut couronné d'un plein succès, et le malade put être renvoyé dans un état aussi satisfaisant que possible. Revu quatre mois après, il respirait normalement, avait retrouvé l'intégrité de sa voix, avait augmenté de poids. Il n'y a plus trace de tumeur, et pas d'apparence de récidive. GOULY.

**A case of primary lupus of the pharynx. (Un cas de lupus primitif du pharynx)**, par le Dr J. WRIGHT.

Un jeune homme de 17 ans, sans antécédents héréditaires de tuberculose, de syphilis, de cancer, se plaignait depuis six mois d'avoir la gorge sèche, de ne plus respirer par la bouche, et d'être un peu sourd de l'oreille gauche. D'apparence triste, il a un très bon état général. Rien aux poumons, pas de lupus cutané, pas de syphilis. Les amygdales sont congestionnées, mais non ulcérées. La luette est le siège d'une hypertrophie énorme, couverte de petites élevures superficielles; les bords du voile du palais sont rouges et infiltrés. Sur la paroi postérieure du pharynx un peu de tissu cicatriciel. On enlève avec l'anse froide toute la luette, aussi près que possible du voile, et la plaie est fortement cautérisée avec de l'acide lactique pur. L'infiltration peut céder, et le malade, ne ressentant plus aucun des symptômes dont il se plaignait, quitte l'hôpital.

L'examen microscopique fut fait par plusieurs microbiologistes et, malgré l'impossibilité de mettre en évidence la présence du bacille de la tuberculose, tous furent unanimes à déclarer la nature tuberculeuse de la tumeur.

Lorsqu'arriva à New-York la tuberculine de Koch on chercha le malade et après bien des hésitations il consentit à se soumettre au traitement. La première inoculation fut accompagnée de ses symptômes réactionnels caractéristiques, et le patient, aussi peu satisfait que possible de cette première expérience, s'enfuit de l'hôpital. Depuis, il a été impossible de le décider à se laisser examiner de nouveau.

A la suite de cette observation, l'auteur fait remarquer combien il est difficile, dans certains cas, d'établir un diagnostic précis entre la tuberculose et le lupus. Quant à l'identité de nature des deux affections, il est loin d'en être convaincu. Rien, dit-il, dans l'étiologie, dans la marche clinique, qui le prouve suffisamment. Le lupus inoculé produit souvent, mais non toujours, la tuberculose, il n'a jamais reproduit le lupus. C'est peut-être une variété de tuberculose, mais, même si on le prouvait, il faudrait réserver ce terme de lupus à un état clinique tout à fait distinct.

## IV. — Oreilles

**Zur Anwendung des Cocaïns in der Ohrenheilkunde. (De l'emploi de la cocaïne en otologie)**, par le Dr Hecht (de Lohnau). *Münch. mediz. Wochenschr.*, n° 37, 1893.

L'auteur recommande l'instillation d'une solution de cocaïne à 5 p. 100 comme pouvant exercer une action décongestionnante sur la membrane tympanique et sur la caisse.

Kahn (de Wurzbourg).

**Zur Therapie der Schwerhörigkeit. Vorläufige Mitteilung. (Traitement de la surdité. Communication préliminaire)**, par le Dr Cahen Lysper (de Hambourg). In *Münch. med. Wochenschr.*, n° 34, 1893.

L'auteur se propose d'améliorer l'audition, dans les cas de catarrhe atrophique de l'oreille moyenne et à la suite d'otorrhées, en soumettant les néoformations conjonctives et les tissus épaissis à un « travail digestif ». Il se sert à cet effet de suc gastrique naturel ou artificiel, de pancréatine ou de papayotine (ferment extrait du suc en question) et injecte ces liquides à la dose de 30 centigrammes environ, au moyen d'une seringue spéciale, au niveau du quart postéro-supérieur de la membrane tympanique, et une quantité un peu moindre à l'aide d'une canule coudée à angle droit, au-dessus de la petite apophyse du marteau. Chez 70 malades traités de la sorte il a obtenu une amélioration plus ou moins prononcée.

L'auteur se réserve de donner ultérieurement des détails plus précis sur sa méthode. En attendant, on ne voit pas bien comment il s'y prend pour limiter l'action des liquides digestifs aux tissus pathologiques.

Kahn (de Wurzbourg).

**Beitrag zur Behandlung der otitischen Hirnbacesses (Contribution au traitement de l'abcès cérébral d'origine otique)**; communication à la Société allemande d'otologie de Franefort-s.-M. par le Dr Kretschmann (de Magdebourg). *Münch. mediz. Wochenschr.*, 1989, n° 29.

L'auteur donne dans ce travail la relation de 2 faits d'abcès cérébral d origine otique. Le premier concerne un homme qui, au cours d'une

otorrhée chronique, fut pris de douleurs, de fièvre, de délire. Il présenta ensuite de la somnolence continue, du ralentissement du pouls, du ptosis. Ultérieurement, on constata de la stase papillaire.

L'examen du conduit y révélait des fongosités et un écoulement fétide. Après ouverture de l'antre et ablation de sa paroi supérieure on ouvrit et draina un abcès du lobe temporal ; guérison au bout de 13 semaines.

Dans la seconde observation, nous voyons un jeune homme, dans le cours d'une otite moyenne suppurée aiguë, présenter un ramollissement étendu de l'apophyse mastoïde sans signes d'un abcès cérébral. On enleva la totalité de l'apophyse et on ouvrit un abcès sous dure-mérien. Consécutivement, fièvre à caractère septico-pyohémique et mort au 13e jour, sans symptômes cérébraux. L'autopsie révéla un gros abcès dans les cordons médullaires prolongés de l'hémisphère gauche. Cet abcès, dont les parois étaient intactes, siégeait à un centimètre au-dessus de l'ouverture de la trépanation.

Kretschmann recommande l'ouverture des abcès cérébraux par la base du crâne, conformément à la méthode préconisée par M. Schede.

KAHN (de Wurzbourg).

**Die Ursache und Bedeutung der Eiterretention im Ohr. (Causes et importance de la rétention purulente dans l'oreille)**, par le Dr GRUNERT. Communicat. à la Soc. méd. de Halle, 13 juin 1892, *Münch. mediz. Wochenschr.*, n° 42, 1893.

Grunert traite d'abord la question de la rétention du pus dans l'attique, puis il s'occupe de la rétention purulente causée par des furoncles, des granulations, des exostoses, des hyperostoses, des atrésies du conduit, enfin par des abcès par congestion formés entre la paroi postéro-supérieure du conduit membraneux et celle du conduit osseux.

Il s'occupe ensuite de la rétention artificiellement produite par les insufflations d'acide borique en poudre et s'élève contre l'application non raisonnée de cette méthode, qui ne peut être employée avec discernement qu'à la condition d'un examen otoscopique préalable et doit être réservée pour certains cas spéciaux.

KAHN (de Wurzbourg).

**Clinical contribution to the study of aural syphilis. (Contribution clinique à l'étude de la syphilis de l'oreille)**, par le Dr MAX TOEPLITZ. In *N.-Y. med. Journ.*, 7 octobre 1893.

Observation d'un médecin âgé de 41 ans, venu pour consulter l'auteur

au sujet d'une surdité subite de l'oreille gauche, suivie quelques jours après d'un commencement de surdité de l'oreille droite. L'absence de suppuration, l'inefficacité de la douche d'air, la brusque apparition des accidents font porter le diagnostic d'otite interne d'origine spécifique, diagnostic confirmé quelques jours plus tard par l'apparition, au doigt, d'un chancre contracté par le malade à la suite d'examens gynécologiques; le traitement antisyphilitique fut aussitôt appliqué. Le malade présenta quelques plaques muqueuses pharyngées et eut un commencement de roséole. Il eut à deux reprises des attaques de vertige qui, sans être très marquées, indiquaient cependant une affection du labyrinthe. Sous l'influence du traitement et des injections de pilocarpine, son état s'améliora notablement, et, quatre mois plus tard, l'audition était normale.

Cette observation, dit l'auteur, est intéressante en ce que :

1° L'affection du labyrinthe survint en même temps que la roséole, et après l'apparition des plaques muqueuses ;

2° Les lésions de l'oreille débutèrent pendant les accidents secondaires, sans attaquer l'oreille moyenne ;

3° Le diagnostic de syphilis fut fait par l'oreille. GOULY.

**Ueber Hyperostose des Felsenbeins bei chronischer Ohreneiterung und ihre Beziehungen zu intracraniellen Erkrankungen otitischen Ursprungs. (De l'hyperostose du rocher dans l'otorrhée chronique et de ses rapports avec les lésions intra-crâniennes d'origine auriculaire)**, par le professeur LEMCKE (de Rostock). In *Berl. Klin. Wochenschr.*, 1893, nos 37 et 38.

Est-il exact, comme on l'a parfois prétendu, que le travail hyperostosique si fréquemment observé autour des vieux foyers suppuratifs du rocher doive être considéré comme un processus salutaire, capable de circonscrire les lésions et d'opposer une barrière contre l'envahissement de la cavité crânienne?

Lemcke s'élève contre cette supposition toute gratuite et il s'appuie sur huit faits tirés de son observation personnelle pour montrer que l'hyperostose en question se produisant avec une sorte de prédilection dans les couches corticales du rocher ne tend à arrêter la marche de la destruction suppurative que vers l'extérieur, favorisant ainsi son extension vers les parties profondes. C'est surtout au niveau de l'apophyse mastoïde que cette hyperostose est observée; mais elle n'est pas rare au

niveau du conduit auditif qui se trouve de ce fait rétréci concentriquement. Cette lésion existait chez trois des huit malades traités par l'auteur. Tous ces malades étaient, depuis des années, porteurs d'une otorrhée qui s'était plus ou moins tardivement compliquée de symptômes généraux menaçants pour la vie, commandés soit par une carie (obs. 1 et 7), ou par une nécrose (obs. 2 et 8) du rocher, ou par la présence de masses cholestéatomateuses (obs. 3) dans les cavités de l'oreille moyenne, ou encore par l'existence simultanée de ces diverses lésions (obs. 4, 5, 6). Chez tous les malades sans exception, le foyer était plus rapproché de la surface interne du crâne que de sa couche corticale. Chez quelques-uns même (obs. 1 et 2), cette surface interne était déjà atteinte; chez les malades des observations 3, 4 et 5, elle était même détruite. Ce qui est particulièrement remarquable, c'est que pas un seul des malades de Lemcke ne présenta à un moment donné aucune manifestation extérieure (rougeur, gonflement, sensibilité à la pression, fistule, engorgement ganglionnaire) pouvant donner une idée du travail destructeur profond dont le rocher était le siège. Cette absence de symptômes locaux au niveau de la couche corticale de l'apophyse mastoïde ne s'expliqua que trop bien par le travail d'éburnation hyperostosique que l'on rencontra en tentant de pratiquer l'ouverture de l'antre, et il est de toute évidence que la suppuration trouvant dans cet épaississement de la portion corticale de l'os une barrière à sa marche dans cette direction avait été naturellement conduite à se frayer une voie vers la surface sous-dure-mérienne.

Ce contraste offert par la coïncidence d'une apophyse mastoïde extérieurement intacte avec des symptômes généraux graves, constitue, d'après l'auteur, un premier élément de présomption en faveur de l'existence de l'hyperostose du rocher. La constatation d'un rétrécissement du conduit auditif osseux avec prédominance de l'hypertrophie osseuse, sous forme d'une saillie arrondie en haut et en arrière, viendrait à l'appui de cette hypothèse.

La percussion de l'apophyse mastoïde n'a donné à l'auteur aucun résultat favorable au diagnostic.

La constatation de l'hyperostose du rocher dans le cours d'une otorrhée accompagnée de quelques manifestations générales graves, constitue, d'après L., une indication d'urgence pour l'intervention.

Cette intervention consistera dans l'ouverture large des cavités de l'oreille moyenne par une méthode analogue à celle de Stacke combinée à l'ouverture de l'antre mastoïdien. Luc.

**Traumatic deafness. (Surdité traumatique)**, par le Dr W. H. BATES. In *N. Y. Med. Journ.*, 11 nov. 1893.

Six observations sommaires de surdité due à des traumatismes divers (coup de pied de cheval, chute d'une échelle, d'un escalier, etc...) et intéressantes en ce que les malades qui n'ont pu être soignés immédiatement ou peu de temps après l'accident ont vu leur surdité augmenter et se compliquer de bourdonnements, de vertiges, tandis que les autres, plus heureux ou moins imprévoyants, ont été sinon guéris, du moins beaucoup améliorés. Dans ces derniers cas, c'est la douche d'air qui a donné les meilleurs résultats. GOULY.

**Septic thrombosis of the lateral sinus. Opération. Recovery (Thrombose septique du sinus latéral. Opération. Guérison)**, par le Dr W.-H. VICKERY. In *The Br. Med. Journ.*, 25 novembre 1893.

Un enfant de 8 ans est atteint d'otite moyenne purulente depuis 2 ans; l'écoulement cessa brusquement le 8 juin 1893, et l'enfant commença à souffrir de l'oreille; en même temps apparaissait une tuméfaction en arrière de l'angle de la mâchoire. Pas de céphalalgie. Pas de tuméfaction au niveau de l'apophyse mastoïde. Le 17 juin, l'enfant est pris d'un frisson, le cou est douloureux, et la tête est inclinée sur l'épaule droite. Le lendemain et les jours suivants, fièvre, frissons, vomissements; les douleurs ont augmenté; on sent au niveau de la nuque une tuméfaction très appréciable. Les ganglions de la région carotidienne sont engorgés.

V. porte le diagnostic de thrombose du sinus latéral droit et se décide à l'opération. Une incision fut faite le long du bord antérieur du sterno-cléido-mastoïdien, et l'on mit à nu la veine jugulaire : il n'y avait pas de thrombose à ce niveau, mais la faiblesse du cours du sang indiquait un obstacle dans la circulation cérébrale. Une couronne de trépan fut appliquée au niveau de l'angle postérieur du pariétal; le sinus présentant une teinte jaunâtre fut incisé. S'il y avait du pus, il s'écoula avec le premier flot de sang. L'hémorrhagie, très abondante, fut vite arrêtée par la compression avec de la gaze iodoformée. Le lendemain il y eut encore de la fièvre et des frissons, mais tous les mauvais symptômes cessèrent vite, et la guérison fut complète. Quelques jours après l'enfant eut au doigt un abcès qui fut largement ouvert.

L'auteur attribue cet abcès, les frissons consécutifs à l'opération, au retard qu'il a mis à opérer, retard qui a permis aux produits septiques de se déverser dans la circulation. GOULY.

**Nouvelle méthode d'extraction du marteau**, par le professeur DELSTANCHE (de Bruxelles). *Rev. intern. de rhin., otol., laryng.*, 25 octobre 1893.

D. a puisé l'idée de cette méthode dans la théorie de Helmholtz, qui a démontré que l'articulation malléo-incudienne permettait au manche du marteau des excursions assez étendues vers l'extérieur sans que l'enclume fût entraînée avec lui.

Le tympan détaché, un seul instrument devient nécessaire : « c'est un petit anneau oblong, fixé dans le sens de sa longueur à l'extrémité d'une tige coudée et dont la portion antéro-supérieure est coupante ». Manuel opératoire : 1° Une fois le tympan détaché, le manche du marteau est engagé dans l'anneau ; 2° mouvements de latéralité et de dedans en dehors pour dégager la tête du marteau de ses connexions articulaires ; 3° progression de l'anneau le long du manche du marteau de bas en haut ; 4° section du tenseur par de petits mouvements de scie ; 5° l'anneau est poussé en haut, aussi loin que possible, et on recommence les mouvements de latéralité et de dedans en dehors ; 6° l'instrument est attiré en dehors en rasant le plus possible la paroi supérieure du conduit.

Les avantages de cette méthode sont : l'intégrité de la caisse et de son contenu, la non-apparition de vertiges et de bourdonnements, l'inutilité de désarticuler préalablement l'articulation incudo-stapédienne, la conservation presque constante de la corde du tympan, l'absence de fracture du marteau.

D. termine son travail en faisant connaître un petit perfectionnement au levier de Ludwig pour l'extraction de l'enclume. Il enveloppe la lame d'une mince couche de gutta-percha, ce qui assure un contact plus intime de l'instrument et de l'osselet, diminue les risques de traumatisme, et maintient les fragments de la lame réunis, si celle-ci s'est brisée.

JACQUIN.

**Deux cas de surdité syphilitique profonde.** Compte rendu des séances de la *Société de médecine et de chirurgie de l'Isère*. Séance du 20 octobre 1893.

Le Dr Deschamps rapporte deux cas de syphilis profonde de l'oreille survenus avec les caractères du syndrome de Ménière, ce qui est l'exception, et très améliorés par un traitement énergique.

Le premier cas est celui d'une fillette de 12 ans, offrant un exemple

typique de la triade d'Hutchinson. Le second est celui d'un maçon âgé de 48 ans. Dans les deux cas, une oreille fut prise d'abord sans phénomènes vertigineux, ni bourdonnements. Quand la seconde oreille se prit, la surdité s'accompagna de vertiges. Dans les deux cas la surdité s'accompagna de vertiges. La marche fut très rapide (huit jours pour la petite fille).

Le traitement fut le suivant : iodure de potassium à haute dose et mercure en frictions jusqu'à la salivation, et aussi sous forme d'injections intra-musculaires de cyanure de mercure dans les fesses, à la dose d'un centigramme, tous les jours, ou tous les deux jours.

Même quand la maladie est accompagnée au début du syndrome de Ménière, il ne faut pas désespérer de la guérison. On cite un cas à l'appui.

Il insiste, en terminant, sur la nécessité d'un traitement énergique.

JACQUIN.

---

# BIBLIOGRAPHIE

**Diagnostic des affections de l'oreille par l'emploi du diapason**, par G. LABIT. J.-B. Baillière, éditeur.

L. se pose comme tâche de réhabiliter l'étude de la fonction auditive dans les affections de l'oreille, au moyen des épreuves de Weber et surtout de Rinne, comme moyen de diagnostic différentiel entre les otites moyenne et interne.

Après avoir relaté très complètement l'historique de la question, L. analyse très longuement les recherches de Bezold. A vrai dire, la partie originale de la thèse n'est qu'une suite à ces recherches, avec le même plan et la même méthode.

Les résultats de ce travail sont condensés dans deux tableaux, dont l'un est formé des résultats négatifs et l'autre des résultats positifs de l'épreuve de Rinne, obtenus avec un gros diapason et le diapason *la*.

Dans les 36 cas où l'épreuve a été négative, les symptômes de la maladie étaient ceux qu'on rencontre dans les affections de l'oreille moyenne ; dans les 23 cas où l'épreuve a été positive, tous les symptômes faisaient penser à une affection de l'oreille interne. Bezold, dans les tableaux transcrits par L., nous donne une preuve de plus : Dans les premiers cas, la surdité a été améliorée par le cathétérisme ; elle ne l'a pas été dans le second.

L. conclut donc que l'*épreuve de l'oreille* (Politzer) est utile et même nécessaire, surtout dans les cas où les signes objectifs manquent, principalement au moyen de l'épreuve de Weber et de l'expérience de Rinne. Mais ces épreuves ne doivent pas être employées seules. Il faut y joindre la recherche de tous les autres symptômes. « Quand il y a concordance absolue des données fournies par tous les moyens d'exploration, le diagnostic pourra être regardé comme certain. » JACQUIN.

---

# OUVRAGES REÇUS

1° *Lippenerkrankungen, Lippenfistel*, par le Dr M. BRESGEN (de Francfort-s.-M).

2° *Beziehungen zwischen Augen-und Nasenkrankheiten*, par le Dr ZIEM (de Dantzig).

3° *De l'anesthésie générale par les inhalations de bromure d'éthyle*, par le Dr FRÈCHE.

4° *Bijdrage tot de Diagnose van aneurysma arcus aortæ*, par le Dr P. Q. BRONDGEEST.

5° *The management of foreign Bodies in the air passages*, par le Dr MAX THORNER (de Cincinnati).

6° *Die Intubation bei Larynxstenosen*, par le Dr A. ROSENBERG (de Berlin).

7° *De la valeur thérapeutique des hydrocarbures*, par le Dr BAYER (de Bruxelles).

8° *Les tumeurs adénoïdes du pharynx nasal ou l'hypertrophie de l'amygdale pharyngienne, au point de vue du médecin praticien*, par le Dr LÉON BECO (de Liège).

9° *Un nouvel antiseptique : l'aldéhyde formique*, par le Dr VALUDE.

10° *Contribution à la statistique des sarcomes de la cloison des fosses nasales*, par le Dr d'AGUONNO (de Palerme).

11° *Secuestro osseo nel condotto uditivo esterno*, par le même

12° *Communicazione anormale congenita della porzione ossea del condotto uditivo esterno colla cassa timpanica*, par le même.

13° *Studien zur feineren Anatomie des Kehlkopfes*, par le professeur B. FRÆNKEL (de Berlin).

14° *Le vertige brightique*, par le Dr PIERRE BONNIER.

15° *Diagnostic des affections de l'oreille moyenne par l'emploi du diapason,* par le Dr G. LABIT (de Paris).

16° *Polype congénital velu de la paroi pharyngienne latérale,* par le Dr AVELLIS (de Francfort-s.-M).

17° *Beschreibung eines Taschenbestecks für Halsnasen und Ohrenärzte und eines veränderten Kehlkopfspiegels,* par le même.

18° *Laryngectomie,* par le Dr SOLIS COHEN (de Philadelphie).

19° *Some remarks on the structure of œdematous nasal Polypi,* par le Dr JONATHAN WRIGHT.

20° *Nasal douches and sprays,* par le même.

21° *A case of primary lupus of the pharynx,* par le même.

22° *Nasal papillomata,* par le même.

23° *Tracheal syphilis with, a report of two cases,* par le même.

24° *Acute pharyngitis,* par le Dr MAX THORNER (de CINCINNATI).

25° *Mycosis bénin de l'arrière-gorge,* par le Dr GAREL (de Lyon).

26° *Le traitement médical de la tuberculose laryngée,* par le même.

27° *Contribution à l'étude des tumeurs de la cloison nasale,* par les Drs GAREL et COLLET (de Lyon).

28° *Sur un signe complémentaire dans le diagnostic de l'empyème de l'antre d'Highmore par l'éclairage électrique par transparence,* par le Dr GAREL (de Lyon).

29° *De la voix eunuchoïde,* par le Dr CADOT (de Lyon).

30° *Asynergia laryngis transitoria,* par le professeur SIMANOWSKI (de Saint-Pétersbourg).

31° *Die Anwendung der photographia bei Untersuchung der Stimmbänderschwingungen,* par le même.

32° *Ueber die Schwingungen der Stimmbänder bei Lähmungen verschiedener Kehlkopfmuskeln,* par le même.

---

ERRATUM

Page 279. L'observation du professeur Limanowski est intitulée à tort : Rhumatisme de l'articulation *crico-thyroïdienne,* c'est *crico-aryténoïdienne* qu'il faut lire.

---

*Le Gérant :* G. STEINHEIL.